



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

MÔNICA TESTA MORANGUEIRA

ANÁLISE DA OPORTUNIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2020

MÔNICA TESTA MORANGUEIRA

ANÁLISE DA OPORTUNIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Programa de
Graduação do Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva, da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do
título bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Coorientadora: Msc. Henrique de Castro Rodrigues

Rio de Janeiro

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

MÔNICA TESTA MORANGUEIRA

**ANÁLISE DA OPORTUNIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2020.

Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Dra. Gerusa Belo Gibson dos Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Msc Tatiana Clarkson Mattos
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Ao Abel

Por comprometer-se com a realização dos meus sonhos.

Aos nossos filhos

Neto, Heitor e Arthur, por serem luz na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos por serem minha inspiração, por ensinarem tanto sobre eu mesma. Por desvendar-me a pureza do ser.

Ao Abel por encorajar-me a perseguir os meus sonhos e comprometer-se com as mudanças necessárias à minha luta. Por ser amigo, conselheiro, companheiro e até mesmo aquele que “tenta” mostrar-me algumas ciladas que teimosamente não quero ver.

Aos meus pais por seus exemplos de luta e companheirismo. Por me ensinarem que a queda faz parte de todo aprendizado, mas que levantar-se e voltar para o caminho sempre será uma opção.

A Eliene, Adilson e toda sua família por todo carinho que sempre tiveram com meus filhos.

Ao professor Paulo por sua orientação e amizade.

Ao corpo social do IESC, especialmente ao Roberto por sua solicitude.

E por fim, agradeço a Deus. Foi pela fé que tive força nos momentos mais difíceis, é por ela que me oriento e será por ela que prosseguirei.

RESUMO

MORANGUEIRA, Mônica Testa. **Análise da oportunidade de implantação de uma unidade de internação em cuidados prolongados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O envelhecimento populacional tem gerado impactos desafiadores na atenção à saúde da população, trazendo consigo o aumento das doenças crônicas. Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu concomitante com as melhorias na qualidade de vida da população, apresentando estruturas adequadas ao cuidado da população idosa, enquanto os países em desenvolvimento apontam para a ausência de estruturas capazes de absorver as novas demandas de cuidado e suas complexidades. Neste sentido, este estudo objetivou realizar uma análise de oportunidade de implantação de uma Unidade de Internação Em Cuidado Prolongado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fazendo uso da técnica de triangulação de métodos a partir da combinação das informações contextuais, das experiências de implantação encontradas e do perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários internados no HUCFF. Foi possível observar semelhanças entre o perfil estudado com o perfil dos usuários nas unidades já implantadas apontando para um campo fértil de estudo e de reflexão sobre a prática do cuidado.

Palavras-chave: Cuidados Intermediários. Cuidados Prolongados. Portaria 2.809.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Relação dos textos selecionados para leitura segundo meios de publicação | 23 |
|---|----|

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma de gestão de internação e alta observado na unidade de CCI no município de Pedregulho (SP)..... | 29 |
| Figura 2 - Distribuição proporcional das internações do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, segundo municípios do RJ, 2018 | 53 |
| Figura 3 - Distribuição proporcional das internações dos usuários do HUCFF segundo grande grupo do CID-10, 2018..... | 54 |
| Figura 4 - Distribuição proporcional dos usuários internados no HUCFF em 2018, segundo faixa etária. | 55 |
| Figura 5 - Distribuição proporcional da população do estado do Rio de Janeiro, segundo faixa etária. | 55 |
| Figura 6 - Distribuição proporcional dos usuários internados nas estruturas públicas de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2018..... | 56 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Representação dos dados populacionais do Censo 2010 do RJ e dos usuários internados no HUCFF no ano de 2018 | 57 |
| Tabela 2 - Representação das principais causas de internação dos usuários do HUCFF no ano de 2018 potencialmente referenciáveis à uma estrutura de Cuidados Intermediários..... | 59 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| AB | Atenção Básica |
| ANS | Agência Nacional de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CACON | Centro de Assistência de alta complexidade em oncologia |
| CID | Código Internacional de Doença |
| CIR | Coordenação de Informação e Rede |
| CNAE | Classificação Nacional de Atividades Econômicas |
| CNES | Cadastro de Estabelecimento de Saúde |
| DCNT | Doença Crônica não Transmissível |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EGA | Equipe de Gestão de Alta |
| HAS | Hipertensão Arterial |
| HCP | Hospital de Cuidado Prolongado |
| IB | Índice de Barthel |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPI | Instituição de Longa Permanência de Idosos |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| LaBIG | Laboratório de informações para gestão hospitalar |
| LM | Lesão Medular |
| MS | Ministério da Saúde |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RCCI | Rede de Cuidados Continuados Integrados |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados |
| SEAV | Serviço de Epidemiologia e Avaliação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UCP | Unidade de Cuidado Prolongado |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 O CUIDADO INTERMEDIÁRIO NO CONTEXTO INTERNACIONAL | 14 |
| 1.2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A EXPERIÊNCIA DOS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL | 19 |
| 1.3 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADO NO ESTADO DE SÃO PAULO | 26 |
| 1.4 ESTUDOS REALIZADOS EM CAMPO GRANDE (MS)..... | 33 |
| 1.5 CUIDADO INTERMEDIÁRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO..... | 40 |
| 1.6 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO SETOR PRIVADO | 42 |
| 2 OBJETIVOS | 48 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 48 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 48 |
| 3 METODOLOGIA..... | 49 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 51 |
| 4.1 ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HUCFF NO ANO DE 2018 | 52 |
| 5 DISCUSSÃO | 61 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 64 |
| REFERÊNCIAS | 65 |
| ANEXOS | 69 |
| ANEXO A – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS E COMORBIDADES NAS ESTRUTURAS DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO DA RER | 70 |
| ANEXO B – PORTARIA 2.809 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012 | 72 |
| ANEXO C – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO..... | 86 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem gerado impactos desafiadores na atenção à saúde da população. Este processo se deu em épocas e países distintos, tendo sido observado inicialmente nos países desenvolvidos (PEREIRA, 2019).

No Brasil, entre 1960 e 2008 foi observado um aumento de quase 700% na população idosa enquanto em países como a França e Bélgica, para que a população idosa dobrasse seu tamanho, foram necessários mais de cem anos. Este processo é consequência da busca global pela longevidade combinada com a queda da fecundidade e da mortalidade (VERAS; LIMA-COSTA, 2011).

Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu concomitante com as melhorias na qualidade de vida. Já os países em desenvolvimento, por passarem por esta transição em um curto período, enfrentam maiores desafios para adaptar-se às novas demandas implicando em múltiplos esforços para reorganizar as áreas sociais e de saúde de maneira a minimizar as iniquidades que emergem (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019; BRASIL, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no Brasil a população idosa, considerando as pessoas com 60 anos ou mais, é a parcela da população que mais cresce sendo que destas, o grupo que mais se destaca são os idosos com 80 anos ou mais, ditos “mais velhos” (PEREIRA, 2019). Estima-se que um em cada três idosos brasileiros possuem alguma limitação funcional, e que 80% destes conta com a ajuda de familiares para a realização de atividades de vida diária (AVD), esta dependência tende a aumentar cerca de 5% entre os idosos com 60 anos ou mais e 50% nos idosos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2006a).

Outro fator de grande impacto na qualidade de vida da população, sobretudo da população idosa, é o aumento da prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e das consequências de seus agravos. Estima-se que 20% da população adulta tenha Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e que 8% tenha *Diabetes mellitus* (DM), sendo que a HAS está relacionada com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração com forte associação à perda de funcionalidade e autonomia (BRASIL, 2001). Além disto, em 2009, estimou-se um aumento de 13 milhões de novos casos de câncer com a possibilidade de aumentar nas regiões com menor acesso aos serviços de saúde, repercutindo não apenas na qualidade de vida, mas também na economia, pois as doenças crônicas estão associadas com a perda de produção e aumento dos custos associados aos tratamentos (PEREIRA, 2019).

No que tange os gastos em saúde, há uma tendência de lidar com o envelhecimento populacional como se as doenças tivessem custos semelhantes entre as faixas etárias (VERAS; LIMA-COSTA, 2011). É importante ressaltar que há diferenças entre os gastos com as doenças agudas quando comparado com as doenças crônicas, já que no primeiro caso, mais frequente em populações jovens as soluções exigem respostas mais rápidas e pontuais, enquanto para as doenças crônicas, mais expressivas na população idosa há a necessidade do cuidado contínuo e integral (TRITANY, 2019).

Ainda na perspectiva econômica dos impactos das DCNTs, de acordo com Veras e Lima-Costa (2011), a integração do cuidado e da reabilitação funcional é fundamental, pois os gastos a elas atribuídos transcendem o setor da saúde impactando, por exemplo, expressivamente e a longo prazo, o setor previdenciário. Considerando que a população envelhecida provoca uma redução na força de trabalho, os setores governamentais passam a articular medidas favoráveis ao aumento no tempo de contribuição na tentativa de gerar sustentabilidade ao sistema (PEREIRA, 2019; BRASIL, 2006b).

Evidencia-se ainda, que os custos associados às doenças crônicas são mais elevados nos países em desenvolvimento por apresentarem maiores vulnerabilidades sociais e iniquidades em saúde, combinados à qualidade de vida e multimorbidades (PEREIRA, 2019) que impactam diretamente no cuidado, contribuindo com a ocorrência de agudizações, incapacidades e consequentemente no aumento da utilização dos serviços de saúde (TRITANY, 2019).

Neste sentido, os países desenvolvidos apresentam estruturas adequadas ao cuidado da população idosa, com capacidade de englobar a necessidade de composições sociais que preservem sua autonomia, enquanto os países em desenvolvimento, em geral, apontam para a ausência de estruturas capazes de absorver as novas demandas de cuidado e suas complexidades, pressionando os setores governamentais a adaptar suas organizações (PEREIRA, 2019).

Este cenário traz em si, a necessidade de mudança nos modelos de atenção à população idosa, já que o envelhecimento populacional além de mudar o perfil demográfico da população muda também o perfil epidemiológico. Com isso, passamos de um cenário de diminuição das doenças agudas e de alta mortalidade, para um cenário de uma multidão de pessoas com doenças crônicas, complexas, múltiplas e onerosas, que perduram por cerca de 20 a 30 anos, comprometendo a qualidade de vida e exigindo contínuos cuidados associados aos investimentos capazes de promover tais mudanças (TRITANY, 2019; PEREIRA, 2019; VERAS; LIMA-COSTA, 2011).

Sendo a integralidade definida pelo “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990), concomitante à preservação da autonomia dos indivíduos e da igualdade de assistência à saúde, faz-se necessário implementar mudanças no modelo de atenção à saúde para que haja a garantia da integralidade e continuidade do cuidado (TRITANY, 2019).

As mudanças necessárias ao modelo de atenção visando a redução da fragmentação do cuidado e da integração entre os níveis de atenção convida a refletir sobre uma mudança no centro da atenção, deixando de ser a doença e passando a ser o indivíduo (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019).

Isto seria possível se os serviços de saúde estivessem organizados em níveis de cuidado, ao passo que os tipos de cuidado pudessem ser distinguidos a partir de características capazes de separá-los por densidades tecnológicas, sendo elas: tecnologia leve, pautada nas relações e na produção do cuidado através do trabalho vivo em ato, resultante do encontro entre cuidadores e usuários (FRANCO; MERHY, 2012); tecnologia leve-dura, sendo a combinação das relações com os saberes estruturados e recursos materiais como políticas e protocolos de atenção; e, das tecnologias duras, representadas pelos recursos materiais, que vão desde equipamentos tecnológicos da medicina diagnóstica até dispositivos para o tratamento e suporte à vida (MERHY, 2002).

No Brasil, as mudanças no modelo de atenção vêm sendo debatidas à medida que as novas demandas pressionam os setores governamentais a responderem com serviços adequados aos problemas que se apresentam. Neste contexto, a Portaria Nº 4.279 de dezembro de 2010, propõe a organização do SUS através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia de superação da fragmentação da atenção, reconhecendo que os avanços alcançados pelo SUS, trouxeram desafios frente a qualificação da gestão do cuidado atrelado às variações contextuais (BRASIL, 2010).

Assim, a RAS, implantada a partir de redes temáticas que objetivam o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), da horizontalidade da atenção colocando a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial ao SUS, da longitudinalidade do cuidado prestado por equipes multiprofissionais e da integração entre os níveis de atenção (BRASIL, 2010), na prática, requer transformações para que de fato se estabeleça como realidade da atenção prestada aos usuários, expondo que o maior desafio desta realidade está na fragilidade da comunicação entre os serviços e níveis de atenção, da ineficiência da utilização e alocação dos recursos que incidem diretamente na qualidade do cuidado (TRITANY, 2019).

Atualmente, as discussões acerca do Cuidado Intermediário buscam preencher as lacunas no setor da saúde, promovendo a continuidade do cuidado e melhoria da qualidade da atenção à saúde e qualidade de vida dos usuários. No **VII Workshop internacional: O LABORATÓRIO ÍTALO-BRASILEIRO COMO PRÁTICA DE DIÁLOGO E COOPERAÇÃO - Redes internacionais para a qualificação dos sistemas e dos serviços de saúde e de welfare**, realizado em Bologna - Itália no período de 19 a 23 de fevereiro de 2018, foram expostas as experiências sobre os Cuidados Intermediários implantados na Itália.

No Brasil, esta temática tem sido introduzida sob o conceito de Cuidados Prolongados, sendo debatida desde a década de 90 e ganhando força com a Portaria 2.809 de 7 de dezembro de 2012 (Portaria de Consolidação nº 3 de 2017), organizando-se em Unidades de Internação em Cuidados prolongados (UCP) ou em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

A partir das experiências italianas expostas no *Workshop*, da participação no Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS), e das atividades do estágio no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) requisito das Atividades Integradas em Saúde Coletiva, buscou-se aprofundar o conhecimento desta temática através dos conteúdos teóricos, para que pudesse entender o contexto pelo qual se fez oportuno a implementação dos dispositivos do Cuidado Intermediário e a dinâmica da produção do cuidado nas redes de atenção no cenário internacional.

Portanto, o presente estudo será desenvolvido em dois momentos:

- 1) princípios teóricos dos Cuidados Intermediários no cenário internacional e revisão da literatura sobre a experiência no Brasil;
- 2) análise da oportunidade de uma Unidade de Cuidados Prolongados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

1.1 O CUIDADO INTERMEDIÁRIO NO CONTEXTO INTERNACIONAL

Os documentos acessados através do grupo de pesquisa NECIRAS que conta com a parceria do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, e da recente revisão integrativa realizada na temática do Cuidado Intermediário internacional, apontaram características e estruturas diversificadas entre os países que implementaram este modelo de assistência ao cuidado.

Foram identificadas evidências de implantação dos Cuidados Intermediários na Austrália, Dinamarca, Escócia, Espanha, Estados Unidos, Holanda, Inglaterra, Itália, Irlanda do Norte e Noruega (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019; POLISAITIS; MALIK, 2019; PIERI, 2016). Por consequência da parceria com a experiência italiana dos Cuidados Intermediários, foi possível observar mais detalhadamente a implantação desta modalidade de intervenção no Reino Unido e Itália.

As discussões acerca desta temática surgiram no final dos anos 1990 na Inglaterra e Itália visando aproximar o cuidado aos dispositivos territoriais (PIERI, 2016) emergindo da necessidade de enfrentamento da crise no sistema de saúde, que pela fragmentação do cuidado não apresentava resolutividade das necessidades em saúde (TRITANY, 2019).

Na Inglaterra o conceito de Cuidado Intermediário foi proposto pela primeira vez no ano de 2000 sendo implementado pela *National Service Framework* (NSF) em 2001, já na Itália a implantação se deu através do Piano Sanitario Nazionale (PNS) 2003-2005 com maior importância à reabilitação, e no PNS de 2006-2008 a ênfase foi disposta no *Ospedale di Comunità* – Hospitais Comunitários, com foco especial para os cuidados paliativos, sofrendo alterações nas PNS seguintes (2011-2013 e 2014-2016) para melhor adequação deste dispositivo de cuidado na rede de atenção (TRITANY, 2019; PIERI, 2016).

De acordo com Pieri (2016) o Cuidado Intermediário é definido por todas as áreas intermediárias do cuidado, compreendendo o tratamento transicional concentrado na trajetória do usuário entre as diferentes esferas de assistência. Esta transição compreende as áreas intermediárias que vão desde a atenção hospitalar até a atenção primária e/ou domiciliar. É direcionada aos usuários suscetíveis a reinternações hospitalares pela ausência de uma rede adequada de serviços alternativos em situações de pós-alta hospitalar aguda, crônico estabilizado com necessidade de monitoramento das condições de saúde por profissionais, crônico agudizado capaz de formas substanciais de autocuidado.

Apesar de apresentarem diferentes modelos organizacionais, os dispositivos de Cuidados Intermediários geralmente operam com equipes multidisciplinares similares, também compartilham de objetivos e critérios de admissão semelhantes, tendendo ao gerenciamento não hierárquico que propicia maior grau de autonomia para os profissionais não médicos (TRITANY, 2019). Observou-se também que estas diferenças no modo em como o Cuidado Intermediário é definido e implementado nos diferentes países podem interferir na relação de custo-efetividade (PIERI, 2016).

Percebeu-se que os países que implantaram os dispositivos de Cuidado Intermediário, o fizeram de acordo com as necessidades dos usuários e das estruturas disponíveis para

adaptação deste tipo de serviço. No entanto, os hospitais comunitários receberam uma ênfase maior por se destacarem dos demais no que se refere à sua disposição na rede assistencial, configurando-se como um local acessível às comunidades a fim de atender suas necessidades como uma extensão da atenção primária, possibilitando às equipes oferecerem o suporte necessário aos usuários dentro de seus territórios (TRITANY, 2019).

Os objetivos gerais do Cuidado Intermediário podem ser classificados como preventivos e de reabilitação. Os objetivos preventivos visam evitar internações desnecessárias e de longa permanência, oferecer alternativas de cuidado disponíveis com a finalidade de atender as necessidades de saúde com proporcional intensidade à necessidade de cuidado, e a busca de maior eficiência do sistema. Já para os objetivos de reabilitação, destacam-se o apoio à alta hospitalar através da melhora no processo de alta e da prestação de cuidados aos idosos com condições complexas, facilitar o acesso aos serviços de reabilitação e recuperação funcional e o auxílio no retorno ao domicílio, buscando sempre a integração do cuidado entre os diferentes níveis de atenção como forma de garantir a continuidade e mitigar a fragmentação do cuidado (PIERI, 2016).

Dependendo do contexto local em que estiver inserido, poderá ter uma diferença no foco de sua atenção. Como exemplo disto, observou-se que na Inglaterra o foco principal está na reabilitação, no declínio funcional e cognitivo com especial atenção à educação terapêutica e autocuidado, enquanto na experiência italiana, o foco da intervenção está na integração entre o hospital e o território buscando aproximar cada vez mais o usuário com os serviços territoriais, enfatizando a reabilitação acionando estruturas intermediárias regionais (PIERI, 2016). Apesar de o foco principal não ser o mesmo, observa-se que ambos viabilizam a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços sociais e de saúde, com a perspectiva do envolvimento da família ou prestador de cuidados para o aumento da independência do usuário.

Outros objetivos observados da experiência italiana foram: atender usuários com doenças crônicas provenientes do território ou de instalações hospitalares; com doenças crônicas associadas com instabilidade clínica, fragilidade social e ausência de apoio familiar; temporariamente dependentes por condições pós-agudas que necessitem de reabilitação; e, usuários em fase terminal que não precisem de cuidados especializados mas que não podem ser adequadamente tratados em casa com cuidados paliativos (PIERI, 2016).

Uma característica importante foi observada na experiência norueguesa, onde os Cuidados Intermediários são prestados de forma individualizada através de avaliação e tratamento de cada usuário com a participação destes na construção de seu plano terapêutico.

A importância dada à participação do usuário na construção do seu plano terapêutico é vista como fator fundamental, pois observou-se que os usuários em Cuidado Intermediário requerem maiores esclarecimentos para a garantia do envolvimento na sua reabilitação e consequentemente, a garantia da adesão ao plano terapêutico, que incidirá diretamente nos seus resultados. Os diversos relacionamentos em trabalho interdisciplinar influenciam e são influenciados pelas estruturas organizacionais representando um desafio associado à participação do usuário (KVAEL, 2018).

No contexto da implantação dos Cuidados Intermediários na Noruega, foi observado que o foco principal da produção do cuidado está no ganho de autonomia para a realização das AVDs, aproximando-se das experiências anteriores, que dispõe seu foco na reabilitação promovendo melhora ao retorno para o domicílio (TRITANY, 2019). Considerando que o Cuidado Intermediário ocorre principalmente em um momento crítico para o usuário, que por vezes se encontram em situação de vulnerabilidade, torna indispensável o envolvimento de familiares ou cuidadores durante o processo de reabilitação (KVAEL, 2018).

Foi observado que para a efetivação do Cuidado Intermediário na Inglaterra, deslocou-se o objeto da atenção para o indivíduo, e que por apresentar variadas configurações na organização do Cuidado Intermediário o NHS criou um Plano de Modernização para reformular os serviços de saúde e serviços sociais apresentando uma proposta capaz de promover a independência e proteção dos idosos e pessoas vulneráveis. Esta reformulação teve como temas norteadores: o respeito ao indivíduo de forma que a idade não caracterizasse uma restrição no acesso aos serviços disponíveis; o cuidado centrado na pessoa permitindo aos idosos que participassem na escolha sobre seus cuidados: e, a definição do Cuidado Intermediário como um cuidado de transição capaz de contribuir com a evitabilidade das internações desnecessárias, apoio à alta precoce, diminuição no tempo de internação e redução dos cuidados domiciliares através do aumento de autonomia (PEREIRA, 2019)

Ainda de acordo com Pereira (2019), apesar de o Cuidado Intermediário ter sido inicialmente proposto em 2000 (Inglaterra) e 2003 (Itália), o relatório do NHS apontou que não era uma inovação, mas que no Reino Unido foi formalmente reconhecido como uma política no plano NHS de 2000 pela necessidade de integrar os cuidados hospitalares aos cuidados da atenção primária e domiciliar. O relatório também evidenciou que o baixo nível de investimento em serviços de prevenção ou reabilitação dos idosos resultavam em internações inadequadas e na permanência por mais tempo que o necessário, fazendo com que o Cuidado Intermediário fosse visto como um modelo capaz de proporcionar o aumento da oferta de leitos para agudos e da redução no tempo de espera para atendimentos (TRITANY, 2019).

Dos estudos analisados, foi possível observar que os usuários atendidos nas estruturas de Cuidados Intermediários, sejam elas nos cuidados domiciliares ou em estruturas próprias a este tipo de cuidado, apresentaram ganho de funcionalidade quando comparado com os usuários atendidos na rede hospitalar geral (PEREIRA, 2019). Tanto do ponto de vista do usuário quanto dos profissionais há uma clara percepção de um cuidado humanizado, ao relatarem ser atendidos de forma mais respeitosa, apontando uma relação mais amistosa entre os profissionais e os usuários com uma abordagem integral da pessoa (TRITANY, 2019).

No entanto, por haver poucas evidências científicas acerca dos benefícios e do custo-efetividade dos Cuidados Intermediários na Inglaterra, não houve muitos avanços deste modelo de atenção em todo o país, gerando fragmentação e desigualdade no acesso, necessitando que mais pesquisas fossem realizadas. Em função disto, em 2012 foi realizado uma Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários (NAIC) dando sequência nos anos seguintes em parcerias com entidades públicas, privadas e representações comunitárias (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019).

Nas auditorias foram identificados os diversos modelos de Cuidados Intermediários, comprovou-se que os usuários atendidos neste modelo de atenção apresentaram melhora em seus níveis de independência e que a maioria (88%) dos usuários que passaram pelos Cuidados Intermediários atingiram seus objetivos. Mesmo com a relevância dos resultados qualitativos, não foi possível afirmar o mesmo quanto à economia para o sistema de saúde. Porém, a auditoria teve grande importância na avaliação do desempenho dos Cuidados Intermediários e de sua eficácia sobre o sistema com resultados significativos para a população, deixando claro um amplo caminho de pesquisas necessárias à melhor adaptação da oferta de cuidado e das pesquisas que pudessem no futuro comparar detalhadamente a relação de custo-efetividade de ambos os modelos de atenção (PEREIRA, 2019).

Já na experiência italiana foi observado que pelo fato de a implantação deste modelo de atenção ser relativamente recente, a coleta de dados ainda se encontra em desenvolvimento, mas reforça a importância dos indicadores de qualidade uma vez que os recursos no setor da saúde têm sido cada vez mais reduzidos e escassos. Desta forma se faz imprescindível a medição adequada dos resultados para adequação destes serviços, que pode usar estas informações para orientar a alocação de recursos. Há ainda uma tendência de aumento na demanda por este tipo de serviço em função do envelhecimento populacional, sendo essencial implementar métodos alternativos, menos custosos e igualmente eficazes no cuidado prestado à população (PIERI, 2016).

Outra experiência mencionada em outro estudo, refere-se à estratégia adotada Nos Estados Unidos, onde este modelo de atenção está disponível pelo sistema *Medicare*. A estruturação destes serviços iniciou-se em 1980 após análises dos custos e motivos das reinternações hospitalares de seus beneficiários. São beneficiados pelo sistema *Medicare* os usuários com idade igual ou superior a 65 anos oferecendo continuidade do cuidado após uma internação hospitalar, podendo ser encaminhados de acordo com suas necessidades para “hospitais de transição de cuidados, especializados em pacientes complexos que requerem tempo de recuperação prolongados” (POLISAITIS; MALIK, 2019).

Ao analisar as evidências da experiência do Cuidado Intermediário no cenário internacional, indagou-se: este modelo de atenção foi implantado no Brasil? De que modo se organiza?

Para responder a estes questionamentos foi realizado um levantamento bibliográfico em busca de pesquisas acerca dos Cuidados Intermediários no Brasil.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A EXPERIÊNCIA DOS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL

Muito se debate acerca dos avanços e retrocessos enfrentados pelo SUS nos seus 30 anos. Se por um lado temos a implantação de um Sistema Universal de Saúde voltado para a saúde da população, do outro temos forças políticas e econômicas que pressionam por seu desmonte (PAIM, 2018).

A descentralização do repasse de recursos no SUS possibilitou a ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde garantindo a participação da comunidade e a criação de instâncias de pactuação, como as comissões intergestoras tripartite e bipartite, gerando o interesse e comprometimento dos trabalhadores da saúde que atuam contribuindo com a sustentabilidade do sistema. Entre os avanços do SUS está a Atenção Básica, que merece destaque, pois “vincula cerca de 60% da população Brasileira às equipes de Saúde da Família” (PAIM, 2018).

Já em relação aos obstáculos enfrentados pelo SUS, estão os valores dominantes na sociedade que tendem contra a solidariedade, coletividade e igualdade, por ausência da representatividade político-social na defesa do direito à saúde (PAIM, 2018). Enquanto isso, os países europeus optaram pelo Estado de Bem-Estar Social como o exemplo do Reino Unido, ainda que na década de 70 foi duramente criticado, nas décadas seguintes passou por

reformulações e adaptações para que a garantia da qualidade da atenção à saúde e qualidade de vida da população pudesse ser por ele garantidos (PEREIRA, 2019).

No Brasil, vemos que apesar das dificuldades enfrentadas para a superação dos obstáculos à garantia dos direitos em saúde, há uma resistência que move o SUS, mesmo que lentamente, para a melhoria da obtenção de seus objetivos, com destaque para as pesquisas científicas no setor e reformas no seu modelo de atenção.

No contexto dos Cuidados Intermediários, o Brasil vem debatendo sobre a saúde da população idosa sob o conceito de Cuidados Prolongados, que assim como outras experiências, vem passando por mudanças em sua organização e objetivos para que possa adequar-se às necessidades de saúde que vão se apresentando no decorrer das transições epidemiológicas e populacionais (ROMERO, 2010).

O escândalo da Clínica Santa Genoveva em 1996 aqueceu o debate acerca da atenção à saúde do idoso. Inicialmente, as primeiras portarias que tratavam do assunto com o olhar do cuidado intermediário, se organizavam através de hospital-dia objetivando evitar internações prolongadas “com fins exclusivamente terapêuticos” (BRASIL, 1998) garantindo também a realização de seus tratamentos complementares através da atuação de equipes multiprofissionais (ROMERO, 2010).

Porém, segundo a Portaria 2.413 de 23 de março de 1998, foi estabelecido como cuidado intermediário aquele cuidado entre a assistência ambulatorial e a hospitalização, com a reinserção social dos pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos, convalescentes e que necessitassem de cuidados permanentes. Desta forma, àqueles que não alcançavam tal reinserção social pelas equipes destes hospitais-dia, acabavam admitidos na rede hospitalar e/ou nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (ROMERO, 2010).

Uma importante observação feita por Romero (2010) foi que este tipo de assistência se apresentava como um cuidado de caráter asilar, mas que para o momento já significava avanços no setor da saúde por configurar uma reformulação do modelo assistencial com características próprias da luta pela integralidade da atenção.

Em 2006, a Portaria nº 2.528 amplia o conceito do Cuidado Prolongado ao incorporar os aspectos socioeconômicos caracterizando a necessidade de “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos”, considerando o processo de envelhecimento e do conhecimento científico no desafio às condições de desigualdades sociais. Define ainda o envelhecimento como, um “processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias” e desta forma, a proposta da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visa a atenção integral e

integrada devendo esta estruturar-se em linhas de cuidado com foco no usuário (BRASIL, 2006a).

Após a estruturação da Rede de Atenção à Saúde em 2010, uma nova portaria de organização da Rede de Atenção às Urgências, enfatiza os Cuidados Prolongados ao estabelecer leitos para esta modalidade de cuidado na rede assistencial como leitos de retaguarda aos atendimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2011), porém, apenas em 2012 publicou-se uma portaria específica para a definição conceitual e organizacional do Cuidado Prolongado, tornando-o uma política pública de atenção à saúde e aproximando-o do modelo internacional dos Cuidados Intermediários, objeto deste estudo.

Assim, a Portaria nº 2.809 de 7 de dezembro de 2012 (Portaria de Consolidação nº 3 de 2017), define o Cuidado Prolongado como um cuidado de retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), constituindo um cuidado intermediário entre a atenção hospitalar aos usuários agudos e crônicos reagudizados e a AB. Ainda de acordo com a Portaria 2.809, o Cuidado Prolongado destina-se a usuários clinicamente estáveis que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico, com o objetivo de reabilitação clínica e funcional do usuário com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo, organizando-se em Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) ou em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Quanto à estrutura, foi estabelecido que as UCP ofertassem entre 15 e 25 leitos de Cuidados Prolongados e os HCP no mínimo 50 leitos. Em relação às equipes, definiu-se que as UCP contassem com 1 equipe multiprofissional para cada módulo de 15 a 25 leitos, sendo eles: médico (20h semanais); enfermeiro (60h semanais); técnico de enfermagem (mínimo de 1 técnico de enfermagem para cada 5 usuários disponíveis 24h por dia); assistente social (20h semanais); fisioterapeuta (60h semanais); psicólogo (20h semanais); e, fonoaudiólogo (30 horas semanais). Para os HCPs ficou determinado que comporão as equipes multiprofissionais: médicos plantonistas (disponíveis 24h por dia); médico (20h semanais); enfermeiro (80h semanais); enfermeiro plantonista (disponível 24h por dia); técnico de enfermagem (mínimo de 1 técnico para cada 5 usuários disponíveis 24h por dia); assistente social (40h semanais); fisioterapeuta (120h semanais); psicólogo (40h semanais); fonoaudiólogo (60h semanais); e, terapeuta ocupacional (30h semanais) (BRASIL, 2012).

Em relação às mudanças que as políticas de atenção vão sofrendo ao longo do tempo para incorporar as transições inerentes ao processo do desenvolvimento socioeconômico e populacional, observa-se através deste breve histórico de alterações no modo de conceber o

cuidado na saúde do idoso, que já em 2006 o MS enfatizou a necessidade de encarar os custos do envelhecimento como um investimento e que o aproveitamento das “competências, experiências e recursos humanos dos grupos mais velhos” (BRASIL, 2006a) são capazes de proporcionar melhor aproveitamento no desenvolvimento de uma sociedade plenamente integrada.

Todas estas observações suscitaram ainda mais o interesse em aprofundar os estudos na temática do Cuidado Intermediário no Brasil. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico com o intuito de encontrar na literatura, material que pudesse fornecer as informações necessárias a uma revisão bibliográfica, com o objetivo de responder às seguintes questões:

- 1) após estabelecer o Cuidado Prolongado como política de atenção através da Portaria 2.809, houve de fato a implantação destes dispositivos de cuidado no Brasil?
- 2) de que modo estão inseridos na RAS? e,
- 3) quais os resultados das experiências estudadas até o momento?

Foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando as seguintes bases de dados de periódicos científicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Portal Regional da BVS disponível em <http://bvshalud.org/>, Scientific Electronic Library Online - (SciELO) disponível em <https://www.scielo.org/> e na plataforma online Google Scholar disponível em <https://scholar.google.com.br/>. As palavras-chave para a busca foram: Cuidados Intermediários; Cuidados Prolongados e Portaria 2.809, organizados nas seguintes chaves de busca e seus respectivos operadores booleanos: 1) Cuidados Intermediários OR Cuidados Prolongados AND Portaria 2.809; 2) Cuidados Prolongados AND Portaria 2.809; e, 3) Cuidados Prolongados OR Portaria 2.809.

Os filtros selecionados foram: ano de publicação (2012 a 2019), objetivando encontrar as publicações que abordavam a temática disposta na Portaria 2.809; e, idioma (português), para restringir os resultados aos estudos realizados no Brasil, uma vez que os estudos realizados no contexto internacional foram obtidos através de orientação bibliográfica. Foram incluídos na seleção dos documentos de leitura aqueles que apresentavam relação entre título e/ou resumo com o assunto de interesse e foram excluídos aqueles que não apresentavam esta relação bem como os documentos em duplicidade.

Após a leitura foram excluídos os documentos que apenas citavam o Cuidado Prolongado/Cuidado Intermediário e selecionados os que relatavam experiência de implantação, objetivo da análise desta revisão.

Estas estratégias resultaram em 212 documentos que após aplicar os critérios anteriormente descritos, totalizaram em 10 documentos incluídos na revisão e apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1 - Relação dos textos selecionados para leitura segundo meios de publicação

| MEIO DE PUBLICAÇÃO | TÍTULO | AUTOR | ANO |
|---|---|---|------|
| Revista | | | |
| Revista de Saúde Pública – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. | Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. | PAZIN-FILHO, Antonio <i>et al.</i> | 2015 |
| Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. | Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). | LIMA, Walquíria da Cruz Batista; SCANDOLA, Estela Márcia Rondina. | 2017 |
| Serviço Social e Saúde – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. | Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. | FAGUNDES, Priscilla Fernandes; SCANDOL, Estela Márcia Rondina. | 2018 |
| Tempus, actas de Saúde Coletiva – FGV Escola de Administração de Empresas de São Paulo. | Cuidados Continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. | POLISAITIS, Ariane; MALIK, Ana Maria. | 2019 |
| Dissertação de Mestrado - Instituição | | | |
| Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. | Uso de tecnologias leves no atendimento aos clientes e seus acompanhantes em cuidados continuados integrados. | SAMPAIO, Eliza Farias. | 2015 |
| Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. | O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no estado de São Paulo. | ANDRADE, Marília Melo. | 2017 |
| Universidade Católica Dom Bosco – Campo Grande (MS) | A prática de Cuidados Continuados Integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. | PINHEIRO, Edivânia Anacleto. | 2017 |
| Escola de Administração de Empresas de São Paulo | Cuidados pós-agudos: como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda. | POLISAITIS, Ariane Eloiza Guilherme. | 2018 |
| Trabalho de Conclusão de Residência | | | |
| Universidade Federal de Mato Grosso do Sul | Cuidados continuados integrados: caracterização do atendimento | FLORES, Glaucia Lima | 2015 |
| | Qualidade de vida e grau de independência dos pacientes com lesão medular no pós alta em cuidados continuados integrados. | VARGAS, Wandriane de. | 2015 |

Fonte: elaboração própria.

Contudo, ressalta-se que o uso de palavras-chave ao contrário dos descritores, por sua ambiguidade, amplia os resultados dificultando a localização de textos que abordassem a temática de interesse.

Assim, o uso da Portaria 2.809 na estratégia de busca foi essencial para restringir a busca à temática desejada, pois observou-se que a terminologia adotada no Brasil (Cuidados Prolongados) resultava em estudos que abordavam internações de longa permanência que não necessariamente configuravam Cuidados Intermediários na rede assistencial. Já para o conceito utilizado a nível internacional (Cuidado Intermediário), os resultados estavam associados ao cuidado prestado no ambiente hospitalar variando de acordo com a área da pesquisa (enfermagem, psicologia, pediatria entre outros), um exemplo disto foram o número de documentos que usavam a terminologia da experiência internacional para o cuidado neonatal realizado entre a Terapia Intensiva e o momento da alta.

Outra consideração de extrema importância para esta revisão foi a busca realizada na literatura cinza (Google Scholar), resultando em documentos fundamentais à realização desta revisão.

Desta forma, observou-se que no Brasil a implantação deste modelo de atenção baseou-se nas experiências da Espanha e Portugal, que pela estratégia da continuidade do cuidado, definiu a terminologia Cuidado Continuado Integrado (ANDRADE, 2017).

Em Portugal, os debates sobre os Cuidados Continuados Integrados iniciaram-se em 1994 com o intuito de aprimorar os cuidados já existentes desenvolvendo modelos inovadores. Em 1996 o Ministério da Saúde e da Segurança Social observou a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados, mas apenas em 2003 foi instituída uma lei de implementação da primeira Rede de Cuidados Continuados Integrados que integravam as áreas social e da saúde, sendo reconhecido como direito dos usuários em 2006, passando a compor a política do sistema de saúde (POLISAITIS; MALIK, 2019).

Ainda segundo Polisaitis e Malik (2019), em Portugal, os cuidados continuados foram implantados a nível nacional com coordenação central e regional através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) estando estruturado em: unidades de internação para usuários convalescentes, de longa e média duração e de cuidados paliativos; unidades de ambulatorios como unidades dia centrado na promoção da autonomia; equipes hospitalares, de gestão de alta e suporte de cuidados paliativos; e, equipes domiciliares composta de equipes de Cuidado Continuado Integrado, equipes comunitárias e de cuidados paliativos (ANDRADE, 2017).

O serviço social foi considerado fundamental nas políticas de saúde e nos Cuidados Continuados Integrados através do plano de intervenção social, participando ativamente na alta do usuário, no referenciamento aos serviços de continuidade do cuidado e no retorno à comunidade. Assim, de acordo com o Decreto-Lei 101 de 6 de junho de 2006 de Portugal o Cuidado Continuado Integrado foi conceituado como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (POLISAITIS; MALIK, 2019).

No Brasil, o Cuidado Continuado Integrado foi implantado a partir de 2013 com a criação de uma Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) em São Paulo, seguindo os modelos europeus (Barcelona e Lisboa) em parceria com o Hospital Samaritano, o Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e as Secretarias de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Paraná e Piauí (FLORES, 2015; ANDRADE, 2017). O foco principal no momento da criação da RCCI foi a reabilitação biopsicossocial de qualquer pessoa independente de sua idade, com perda transitória ou permanente de autonomia, através da avaliação multiprofissional pelo emprego das tecnologias leves, entre outras (SAMPAIO, 2015) pautando-se na longitudinalidade do cuidado e nas relações cooperativas e humanizadas entre a equipe, o usuário e cuidador (ANDRADE, 2017).

Os estudos selecionados nesta revisão foram conduzidos em unidades selecionadas para implantação do projeto piloto nos municípios de Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul, Ipuã e Pedregulho no estado de São Paulo e Rebouças no estado do Paraná. Foram encontrados documentos que relatavam a experiência nas unidades de Campo Grande, Ipuã e Pedregulho e ainda de novas unidades instaladas em outros três municípios do estado de São Paulo através de outras parcerias, sendo eles: São Simão; Guariba; e, Altinópolis. Contudo, não encontrou-se nesta revisão nenhum relato da experiência do projeto piloto no estado do Paraná. Ressalta-se aqui que a maioria das publicações encontradas (7/10) foram desenvolvidas pela experiência de Campo Grande (MS).

Apesar de o número de documentos selecionados para leitura não ser muito expressivo (10), observou-se que cada estudo apresentou uma abordagem diferente, possibilitando uma visão ampliada da implantação deste modelo de atenção. Entre as abordagens da pesquisa estão o processo de trabalho das equipes multidisciplinares, análises do ganho de autonomia

dos usuários, impacto dos leitos do Cuidado Continuado Integrado no desempenho de hospital de nível terciário, análise do processo da alta responsável, disposição dos leitos de retaguarda no setor privado, impacto das práticas em Cuidados Continuados Integrados no SUS, processo de continuidade do cuidado na reintegração familiar e os impactos financeiros na vida dos familiares decorrentes da internação.

A partir da publicação da Portaria 2.809 em 2012, apresentou-se nas pesquisas que a implantação dos dispositivos do Cuidado Continuado Integrado ocorreu em 2013, mas que seu processo de implantação já havia iniciado em 2012, momento de publicação da Portaria regulamentadora dos Cuidados Prolongados no Brasil (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Portanto, as experiências de implantação do Cuidado Continuado Integrado em Campo Grande (MS), Ipuã (SP) e Pedregulho (SP) fizeram parte de um projeto piloto da parceria entre Brasil e Portugal que iniciou-se por meio de intercâmbio para análise in loco dos dispositivos de Cuidados Continuados Integrados implantados na Espanha e Portugal (ANDRADE; PINHEIRO, 2017).

1.3 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADO NO ESTADO DE SÃO PAULO

De acordo com Andrade (2017), no estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e desenvolvido no Departamento Regional de Saúde de Franca, que compreende 22 municípios e 3 colegiados, a implantação dos dispositivos de Cuidado Continuado Integrado se deu em dois municípios pertencentes a colegiados diferentes. Foram implantadas Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) nos municípios de Ipuã e Pedregulho que ficam a uma distância de 116 e 141 quilômetros de Ribeirão Preto respectivamente.

Em Ipuã, foi habilitada como UCP pelo MS em 2013, um setor da Santa Casa de Misericórdia, que dispôs 20 de seus 50 leitos totais para a UCP. A equipe da UCP era composta por médicos (2), assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeutas (2), nutricionista e 2 recepcionistas exclusivas para o setor de UCP além de equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) (ANDRADE, 2017).

A UCP de Pedregulho foi inaugurada em 2013 e habilitada em 2014 pelo MS e assim como a unidade de Ipuã, estava localizada na Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho que é referência no serviço de retaguarda a outros dois municípios (Jequara e Rifaina). A equipe da UCP de Pedregulho era composta por médico, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeutas (2), nutricionista, 1 recepcionista exclusiva para a UCP e equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) (ANDRADE, 2017).

Outro estudo desenvolvido em Ribeirão Preto foi realizado em um hospital terciário, na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP). Foi estabelecida uma parceria entre a Coordenação da Unidade de Emergência, a XIII Direção Regional de Saúde (DRS), a Prefeitura de Ribeirão Preto e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional que identificaram 3 hospitais de municípios vizinhos para estabelecer parcerias e protocolos de encaminhamento de usuários para Cuidados Prolongados (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

Os municípios que estabeleceram esta parceria foram São Simão, Guariba e Altinópolis, e foram selecionados a partir do perfil definido pela Portaria 2.809 e pela responsabilidade em assumir a realização do projeto com recurso próprio, já que até aquele momento não contavam com recursos financeiros advindos do estado de São Paulo. Inicialmente os hospitais parceiros possuíam condições diferentes e após visita in loco da equipe de Ribeirão Preto, estabeleceu-se protocolos de encaminhamento de acordo com suas capacidades estruturais e de pessoal (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

Segundo Pazin-Filho *et al.*, (2015) esta parceria foi concebida na perspectiva de uma relação que pudesse ser benéfica para ambas as partes pois, ao pactuarem recursos próprios, o benefício para o hospital terciário seria a liberação dos leitos aumentando seu potencial de oferta e para os hospitais parceiros, a perspectiva de sustentabilidade financeira uma vez que receberiam por usuário/dia o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) sendo a permanência de até 60 dias, R\$ 200,00 (duzentos Reais) entre 61 e 90 dias e R\$100,00 (cem reais) acima de noventa dias, conforme dispõe a Portaria 2.809.

Desta forma, cada entidade parceira contribuiu de alguma forma com esta parceria, sendo que o processo se iniciava com a aprovação de transferência pelo usuário/família para os hospitais parceiros, que dispunham de 5 leitos cada um (totalizando 10 leitos) e a transferência era realizada pelo SAMU (segunda a sexta em horários comerciais). Em abril de 2014 a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo passou a apoiar financeiramente o projeto elevando assim o número de leitos ofertados para retaguarda de 10 para 30 leitos, de modo que outros municípios também passaram a referenciar usuários às UCPs (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

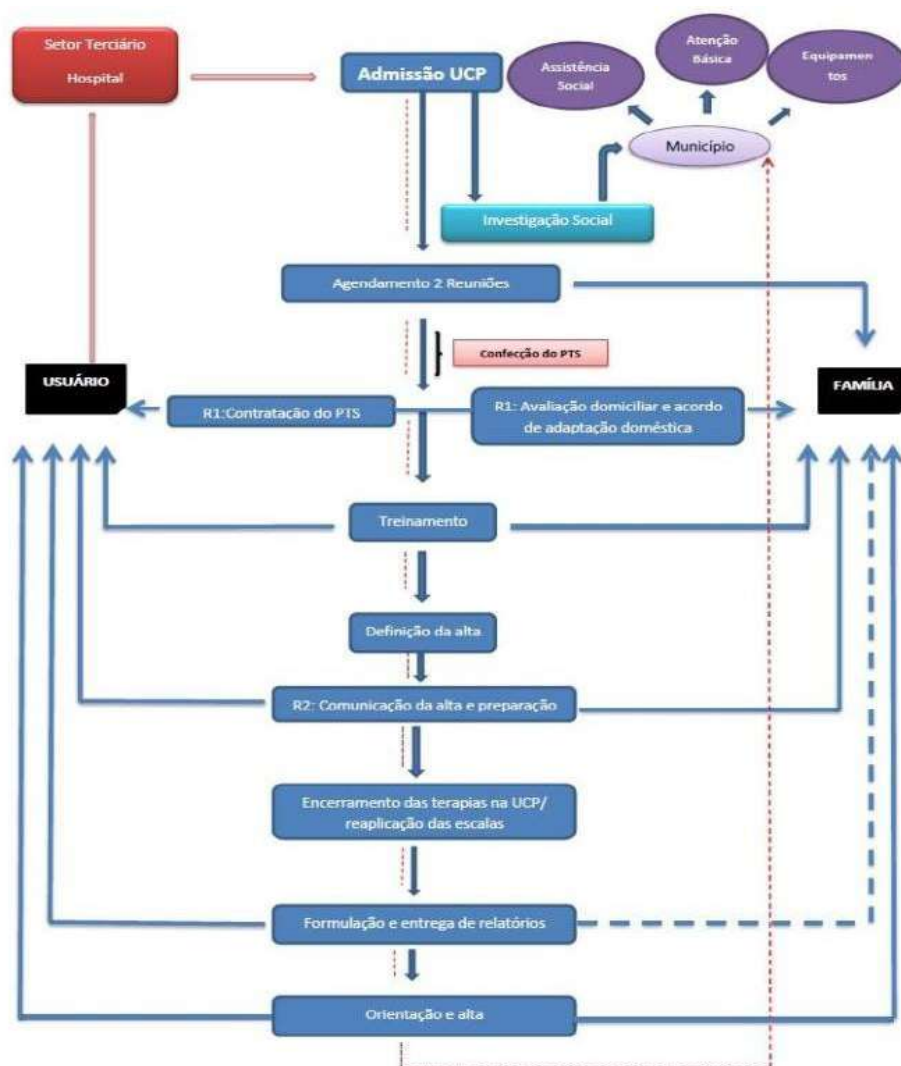
O processo ideal de encaminhamento foi apontado como um conjunto de ações integradas entre o hospital referenciador e referenciado. Este processo se dá através da sinalização da unidade referenciadora por uma Equipe de Gestão de Alta (EGA), sendo que a sinalização ideal era aquela que ocorria durante a internação no hospital geral. A EGA é composta por médico, enfermeiro e assistente social sendo responsável por gerenciar a alta

qualificada dos usuários (ANDRADE, 2017). Contudo, o referenciamento também pode ser realizado via AB, neste aspecto segundo Andrade (2017), deverá ser realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) que ao identificar um usuário em situação de agudização ou com alguma outra condição que possa ser beneficiado pelo Cuidado Prolongado, solicitará um formulário de sinalização à UCP e seguirá os mesmos princípios do hospital geral.

No momento em que o usuário é admitido na UCP, o familiar é informado pela equipe sobre o funcionamento da unidade e do processo de internação que envia também um comunicado à unidade de AB de seu território com as informações sobre sua admissão, patologias e previsão de alta (ANDRADE, 2017).

No que diz respeito aos aspectos observados em cada experiência de implantação, Andrade (2017) relatou a possibilidade de identificar o desenho assistencial do processo de trabalho pelo fato de os documentos conterem informações desde o momento em que o usuário se torna um candidato à vaga na UCP até seu retorno ao território (por vezes, outro município) representando-o no fluxograma a seguir.

Figura 1 - Fluxograma de gestão de internação e alta observado na unidade de CCI no município de Pedregulho (SP)



Fonte: Andrade, 2017.

No momento da admissão e alta, são aplicados instrumentos de avaliação e mensuração por todos os profissionais da equipe de acordo com suas práticas, são eles: Índice de Barthel, aplicado por fisioterapeutas e/ou terapeuta ocupacional para avaliação da independência funcional; Escala de Braden, aplicada por enfermeiros para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; Mini Avaliação Nutricional, aplicado por profissionais da nutrição para identificação de riscos ou presença de desnutrição; Escala de Pfeiffer, Aplicado por profissionais da psicologia para análise da capacidade cognitiva; Escala de Gijon, aplicada por profissionais do serviço social na avaliação dos riscos sociais; e, Escala de

Depressão Geriátrica, aplicada por profissionais da psicologia na identificação de sintomas depressivos (ANDRADE, 2017).

Na pesquisa realizada por Andrade (2017) ambas as unidades (Ituã e Pedregulo) elaboravam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) com perspectiva de 30 dias seguindo os critérios de convalescença da unidade e podendo ser reformulado. Após a elaboração do PTS compartilhava-se com a família de forma que a rotina do cuidado era distribuída entre os profissionais oferecendo previsibilidade das atividades. As visitas médicas eram realizadas diariamente com uma lista de *cheklist* realizado por cada profissional da equipe, tornando possível identificar todos os profissionais que avaliaram e os principais aspectos do quadro evolutivo, configurando um importante momento de troca entre os saberes da equipe, os usuários e familiares.

Os estudos demonstraram que o processo de alta qualificada foi efetivo uma vez que se iniciava no momento da admissão. Para considerar uma alta qualificada levou-se em conta os seguintes aspectos: Comunicação de admissão e previsão de alta à AB; reuniões familiares para avaliações e orientações de adaptações de acessibilidade; reuniões familiares para educação em saúde; treinamento com os cuidadores; definição da alta e articulação com políticas públicas, familiares e equipamentos de suporte à comunidade; preparação do usuário para alta; reaplicação dos instrumentos de avaliação; elaboração de relatórios e formulários de alta; e, orientações, entrega de relatórios e documentos para acesso aos equipamentos territoriais (ANDRADE, 2017).

De acordo com o MS, considerando o investimento e o potencial de intervenção, estabeleceu-se como meta a taxa de ocupação ideal entre 75 e 85% que desde a implantação até o momento da pesquisa havia sido atingida, exceto em 2016 que durante alguns meses uma das unidades apresentou apenas a média de sua capacidade indicando uma possível utilização inadequada deste recurso, falha no planejamento do hospital ou ainda articulação inadequada com a rede (ANDRADE, 2017).

Observou-se que, apesar da previsibilidade de 30 dias, as unidades apresentaram uma variação no tempo médio de permanência sendo que uma das unidades obteve 41,3% de suas internações realizadas no tempo previsto enquanto a outra obteve apenas 26,4%. Isto sugere que este indicador pode estar sendo influenciado pelo fato de seu referenciamento ser realizado por um hospital terciário e os usuários apresentarem maior grau de complexidade. Porém, Andrade (2017) ressalta que deve ser considerado o incentivo financeiro estabelecido na Portaria 2.809 que estimula as unidades a realizarem seu processo de intervenção

preferencialmente nos primeiros 60 dias por meio da regressão no valor das diárias como mencionado anteriormente.

Uma análise do perfil dos usuários internados indicou a predominância de internações por doenças cardiovasculares (38,1% e 68% entre as unidades de Itua e Pedregulho) seguido de fraturas (27,8% e 8%) e traumatismos (5,6% e 4%) (ANDRADE, 2017).

Quanto à evolução da capacidade funcional dos usuários internados nas UCPs, observou-se um aumento na proporção de suas funcionalidades sendo que o índice de dependência total passou de 43% no momento de admissão para 14% no momento da alta em uma das unidades e 56% para 30% na outra, o mesmo pôde ser observado na dependência grave regredindo de 20% para 14% e de 16% para 11% entre as unidades. Entretanto, a dependência moderada apresentou aumento de 19% para 20% em uma das unidades e diminuição de 12% para 11% na outra, a dependência leve passou de 15% para 35% e 16% para 28% entre as unidades e a independência registrou um aumento de 3% para 17% e 0 para 20% respectivamente. Ainda assim, os resultados indicaram que no momento da alta os usuários apresentavam capacidades funcionais significativamente elevadas e menor índice de dependência (ANDRADE, 2017).

Para avaliar a percepção dos profissionais quanto ao cuidado e o processo de trabalho nas UCPs, Andrade (2017) considerou o tempo de formação profissional, o tempo de trabalho nas UCPs e se este profissional recebeu algum tipo de treinamento para compor as equipes. Os resultados apontaram para semelhanças na composição das equipes nas duas unidades com tempo de formação abaixo de 10 anos sendo que 70% dos profissionais trabalhavam pelo menos metade do tempo de funcionamento das UCPs. Quanto ao treinamento, apesar de ter sido realizado, a quantidade de profissionais que haviam participado era dividida pois ocorreu no momento de inauguração, tendo sido realizado pela CEALAG na DRS-VIII. Portanto, pela rotatividade profissional observou-se que cerca da metade da equipe não havia recebido o treinamento e que suas práticas se baseavam na troca entre os profissionais já presentes nas unidades.

Já na parceria realizada pelo UE-HCFMRO-USP e os hospitais dos municípios de São Simão, Guariba e Altinópolis, foi observado que o referenciamento se dava através da concordância da transição do cuidado por parte dos usuários e familiares. Para isto, era providenciado que um familiar visitasse o hospital parceiro para avaliar as condições e garantias de transporte através das prefeituras dos municípios e a escolha do hospital parceiro era realizada de acordo com a proximidade do município de residência do usuário (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

O UE-HCFMRO-USP e a DRS XIII mantinham o controle diário de todos os usuários internados nos leitos de retaguarda que só deixavam de ser acompanhados pelo hospital terciário quando saíam do hospital parceiro (óbito ou alta), de maneira que os hospitais parceiros eram vistos como uma extensão da unidade terciária de origem (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

No período do estudo, foram realizadas 108 transferências das quais 72,1% eram do sexo masculino e apresentavam idade média de 60,5 anos. De acordo com Pazin-Filho *et al.* (2015) as transferências ocorreram principalmente em usuários com doenças cardiovasculares e doenças degenerativas (Grupo Clínico), acidente vascular encefálico e outras afecções neurológicas (Grupo Neurológico) e trauma (Grupo Cirúrgico) para a complementação do cuidado, e que a permanência dos usuários nos Cuidados Prolongados limitou-se em sua maioria, aos primeiros 30-60 dias.

Como o objetivo do estudo realizado por Pazin-Filho *et al.*, (2015) foi de analisar o impacto que os leitos de Cuidados Prolongados provocariam na oferta dos leitos do hospital terciário, registrou-se um aumento considerável principalmente nas áreas de estrangulamento do sistema, como a Neurologia e Terapia Intensiva. Inicialmente, como os parceiros dispunham do total de apenas de 10 leitos para referenciamento, não foi possível medir o impacto no setor terciário, mas após o incentivo financeiro e o aumento de 10 para o total de 30 leitos de referenciamento, registrou-se um impacto de 9,3% na oferta de novos leitos por mês nos setores da Neurologia e Terapia Intensiva quando comparadas com os leitos em geral. Desta forma, sugere-se que o impacto dos leitos de Cuidados Prolongados dependerá da quantidade instalada.

Após a pactuação do apoio financeiro com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o repasse dos recursos passou a ser realizado pela DRS XIII mediante relatório de produção, de maneira que as unidades parceiras que mantivessem seus 10 leitos ocupados durante todo o mês faturaria de três a quatro vezes mais que o faturamento total mensal, indicando que a relação “ganha-ganha” entre os parceiros poderia ser alcançada (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

A pesquisa de Pazin-Filho *et al.*, (2015) sugeriu que as parcerias intermunicipais de saúde se mostraram promissora frente a política de Redes Regionais de Assistência à Saúde do MS que oferece subsídio diferenciado para este tipo de assistência. Também ressaltou a importância da capacitação de toda a equipe multidisciplinar, sendo que os profissionais das unidades parceiras relataram sentir-se mais confiantes após a capacitação. Contudo, observou-se que parte das funções exercidas por instituições de Cuidados Prolongados é o cuidado

paliativo e neste sentido o autor ressalta a necessidade de também capacitar as equipes para lidarem com este tipo de abordagem.

uma importante consideração deste estudo foi a dificuldade em convencer os familiares dos usuários quanto aos benefícios da transferência pois sentiam-se inseguros quanto a continuidade do tratamento, indicando que pela negativa de algumas famílias, o referenciamento poderia ter sido realizado em maior quantidade e, portanto, o impacto no setor terciário poderia ter sido mais expressivo (PAZIN-FILHO *et al.*, 2015).

1.4 ESTUDOS REALIZADOS EM CAMPO GRANDE (MS)

O Hospital São Julião, situado em Campo Grande (MS), historicamente fez parte de uma colônia brasileira de hansenianos passando por diversas mudanças ao longo dos anos. Desde a década de 70 passou por transformações em seu modo de gestão incorporando características humanitárias no cuidado (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Desde 2009 a direção do Hospital havia sinalizado à Secretaria de Estado de Saúde (SES) a disponibilidade de 22 de seus leitos para serem retaguarda no referenciamento de usuários clinicamente estáveis, diagnosticados ou em pré alta para que pudesse liberar vagas nos hospitais referenciadores (LIMA; SCANDOLA, 2018), mas apenas em 2012, pelo seu perfil humanitário e sua experiência no acolhimento, realizou-se uma visita pela Federação das Misericórdias e pelo MS elegendo então o Hospital São Julião como representante no estado do MS para acolher o projeto piloto dos Cuidados Continuados Integrados (FLORES, 2015).

Os profissionais foram capacitados a partir das experiências da Espanha e Portugal e compõe os leitos de Cuidados Prolongados as unidades de Fenegró, Pousada e Aldo Rabino (LIMA; SCANDOLA, 2018). As equipes multiprofissionais foram compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem (SAMPAIO, 2015), sendo que em 2014 deu-se início ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) na unidade de Cuidados Continuados Integrados incorporando consigo categorias do serviço social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia (FLORES, 2015).

Assim como relatado na experiência do projeto piloto implantado no estado de SP, o referenciamento na experiência do Hospital São Julião também se dá através de uma EGA que entra em contato com a Central de Regulação Estadual para realização da transferência enviando um relatório de pré-alta com até 48 horas de antecedência da data prevista de alta (PINHEIRO, 2017).

Desde a admissão a equipe multidisciplinar se organiza para proporcionar a alta responsável que compreende a “transferência do cuidado” (FAGUNDES, 2018), a equipe multiprofissional do PREMUS/CCI fica responsável pela elaboração do PTS, estabelecendo junto à família uma série de procedimentos a serem compartilhados. Neste momento inicia-se a articulação com outros dispositivos de cuidado, incluindo os territoriais e em alguns casos a atuação do Serviço Social acionando a rede de garantia dos direitos como Defensoria Pública e Ministério Público (FAGUNDES, 2018).

No que diz respeito aos atendimentos realizados na UCCI realizou-se uma análise do perfil dos usuários maiores de 18 anos admitidos entre outubro de 2013 e outubro de 2014. De acordo com Flores (2015) dos 74 usuários incluídos no estudo 54% eram adultos e 46% eram idosos, considerando que segundo o MS é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Assim, 51,3% eram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino e a média de idade foi maior que 50 anos para ambos os sexos.

Outra análise realizada entre abril e julho de 2015 evidenciou a prevalência de indivíduos idosos (39%) e que 61% dos usuários eram do sexo masculino (SAMPAIO, 2015) porém, quando comparada com o total de indivíduos entre 18 e 59 anos (61%) observou-se um perfil semelhante à pesquisa anterior.

Em uma análise de nível educacional, observou-se que 28,4% apresentaram ensino fundamental completo, e quando analisado por sexo as mulheres apresentaram menor índice de escolaridade (FLORES, 2015).

Entre os motivos das internações, houve maior proporção no Acidente Vascular Encefálico (AVE) (55,2% e 61,1% entre homens e mulheres respectivamente), Trauma Raquimedular (15,8% e 5,5%), Trauma Crânio Encefálico (7,9% e 2,8%). Ainda segundo Flores (2015), identificou-se que 56,8% possuíam algum tipo de DCNT e que ao se agrupar por sexo observou-se maior prevalência no grupo feminino (61,1% para mulheres e 52,7% para os homens). Os participantes do estudo também apresentaram comorbidades, sendo a HAS e DM as mais frequentes. No momento do estudo os usuários apresentaram um tempo médio de permanência de 30 dias em ambos os sexos.

Observou-se em relação a estas internações, que pode ocorrer uma piora no quadro ou agudização de outra doença, necessitando o usuário, desta feita, retornar ao hospital de urgência. Neste caso a UCCI entrará em contato com a Central de Regulação Estadual para nova transferência (PINHEIRO, 2017).

Em relação aos acompanhantes, observou-se maior frequência entre familiares, sendo 76% do sexo feminino com maior frequência entre filhos (56%) seguido de mãe (16%), cônjuges (12%), irmão (8%) e cuidadores contratados (8%) (SAMPAIO, 2015).

O estudo realizado por Sampaio (2015) evidenciou um tempo de internação entre 45 e 60 dias (61%) tendo sido realizada a pactuação de alta responsável no período de permanência no programa.

Outros estudos foram realizados com a finalidade de analisar o ganho de funcionalidade dos usuários internados na UCCI. As análises foram realizadas usando diferentes motivos de internação sendo eles Acidente Vascular Encefálico (AVE) (UTIDA, 2016) e usuários internados por Lesão Medular (LM) (VARGAS, 2015).

Ambos os estudos fizeram uso do Índice de Barthel para avaliação da independência funcional por se tratar de um instrumento de fácil compreensão e aplicação.

Para os usuários internados em decorrência de AVE entre a admissão e a alta, de forma geral, obtiveram um ganho médio de funcionalidades de 24,71 para 3,70, o mesmo padrão foi observado nos itens que compõe o IB com exceção do item banho, sendo que para este item observou-se a necessidade de maior tempo de reabilitação para melhora na dependência (UTIDA, 2016).

Na pesquisa realizada por Vargas (2015), foram analisados 11 dos 15 usuários internados por LM no período de novembro de 2013 e novembro de 2014. Os participantes da pesquisa apresentaram idade média entre 35 e 36 anos, tempo de internação de até 30 dias, predomínio de usuários do sexo masculino (81,8%) com predomínio de 54,5% de indivíduos entre 18 e 28 anos.

Quanto aos ganhos na realização de suas AVD apresentaram uma média final de 47,3 pontos no IB no momento da alta, significando uma dependência moderada e 56,8 no domicílio indicando uma dependência leve (VARGAS, 2015). Uma limitação foi observada pelo fato de o estudo não ter analisado a pontuação no IB no momento da admissão, impossibilitando uma comparação de seu progresso durante o tempo de internação, mas sugerindo que a atuação dos dispositivos territoriais se fez presente através da continuidade no tratamento pelos encaminhamentos realizados no momento da alta.

Quanto à percepção do cuidado na visão do usuário e da atuação profissional, Sampaio (2015) apontou que as tecnologias leves inseridas neste modelo de atenção apresentaram predominante nível de satisfação entre usuário e familiares. Contudo, observou-se insatisfação por parte de um acompanhante quanto a capacitação e orientação recebida e sobre a alta, indicando que na visão do familiar o usuário ainda necessitaria de mais tempo de reabilitação.

Um estudo desenvolvido para análise da alta qualificada o definiu como “um processo no qual os usuários dos serviços de saúde saem de um ponto e são recebidos em outro da rede de atenção” (FAGUNDES, 2018). Neste estudo, Fagundes (2018) entrevistou 138 usuários atendidos entre abril de 2016 e abril de 2017. Observou-se que todos os procedimentos ocorreram com a participação dos usuários e seus familiares elaborando um Relatório de Alta no qual todos os profissionais da equipe registram suas intervenções. No Projeto piloto de Campo Grande ficou pactuado que a UCCI enviaria uma cópia do Relatório de Alta ao Distrito Sanitário que encaminha para a Unidade Básica de Saúde (UBS, para a gestão municipal de saúde e para o Centro Especializado de Reabilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (CER APAE) para que se organize de acordo com o histórico do usuário.

Para os usuários residentes em municípios do interior de MS o contato fica sob a responsabilidade da assistência social que se comunica com o gestor local acerca da situação e prognóstico de alta, condições de traslado do usuário e família, assim como a breve apresentação do relatório de alta que posteriormente será entregue pelo próprio usuário juntamente com receitas médicas, cópias de exames e encaminhamentos (FAGUNDES, 2018).

Para que pudesse analisar a qualificação da alta, foram abordados os seguintes aspectos em relação ao processo de alta: acesso, leitura, discussão e compreensão do Relatório de Alta; alta e relacionamento com a RAS; e, possibilidade de melhoria na alta responsável.

Quanto ao acesso, leitura, discussão e compreensão do Relatório de Alta Fagundes (2018) apontou que todos os usuários haviam recebido e realizado a leitura e que após a alta dois usuário levaram o Relatório de Alta aos atendimentos, relatando que foi muito válido e que os outros profissionais que os atenderam o consideraram completo, expresso a seguir no relato de um usuário.

Sim, porque todo mundo acha assim, super completo [...] Todos, todos os profissionais ali, a [médica], foi a que fez a ultrassonografia do rim. Ela falou: Gente que coisa bem feita! E ali está tudo. Relato do usuário Sebastião. (FAGUNDES, 2018, p. 190).

Observou-se ainda a presença de familiares na leitura e discussão do relatório, expondo que não tiveram dúvidas quanto às informações contidas no relatório com exceção de um usuário que indicou ter entendido “na medida do possível” por considerar a presença de alguns termos técnicos. Ainda segundo Fagundes (2018) a leitura e discussão com familiares indicou a possibilidade de troca dos conhecimentos adquiridos durante a internação e nos encaminhamentos.

Quanto a alta e o relacionamento com a RAS, foi observado que ao levar o relatório consigo nos atendimentos posteriores os usuários tinham a percepção da continuidade do cuidado prestado pela UCCI por estar contextualizado com a situação clínica e psicossocial. Já sobre as informações recebidas no momento da alta foi observado que facilitaram o acesso a bens e serviços de saúde, sendo que um dos entrevistados relatou também ter recebido informações sobre a possibilidade de acionar a Defensoria Pública (FAGUNDES, 2018).

Neste aspecto foi observado na pesquisa de Fagundes (2018) que as UBSs receberam o relatório dias antes da alta de forma que alguns usuários relataram ter recebido a visita dos ACS que apesar de indicar que não tinham conhecimento da internação, observou-se a importância do vínculo construído pela atuação destes profissionais formando uma ponte entre o domicílio e a UBS (FAGUNDES, 2018).

Concernente a possibilidade de melhorias na alta responsável, os usuários entrevistados se mostraram muito satisfeitos e surpresos com a qualidade da atenção recebida indicando que a metodologia do atendimento, a equipe multiprofissional, o ambiente de produção do cuidado superou a perspectiva da importância do processo de alta. Outro fator que surgiu nas falas dos usuários diz respeito ao envolvimento dos cuidadores no cuidado, ao passo que tanto os usuários quanto os familiares expressaram não necessitar de melhorias como mostra os relatos a seguir:

O que foi orientado lá para ela, que é da família, eu creio que nada. Não tenho o que falar em si do tratamento das enfermeiras, dos médicos. É fora de série...até as meninas que fazem a limpeza, sempre com sorriso no rosto. É assim que tem que ser. Relato de um familiar. (FAGUNDES, 2018, p. 195).

Não há necessidade de melhorar nada, não, porque a equipe de lá trabalhou bem direitinho, fez tudo, a gente tem uma atenção muito grande. Todos os momentos que estava lá dentro se precisava de alguma coisa era só chamar que todo mundo nos atendia. No São Julião a vantagem é que eles ensinam a gente, eu falo pra você: eu não tenho nada reclamar, nada, nada. Relato de um familiar. (FAGUNDES, 2018, p. 195).

Um familiar relatou nesta pesquisa a dificuldade de acessar os serviços para continuidade do cuidado pelo fato de este ser feito pelo sistema de regulação (SISREG) indicando assim, que este sistema desfez o vínculo direto com a unidade de atendimento uma vez que antes de sua implantação os usuários marcavam diretamente no serviço, ao passo que pelo sistema, não participam da decisão quanto ao melhor acesso e quanto a espera por atendimentos criando uma fila eletrônica no qual os usuários não tem conhecimento de sua posição na fila de espera, gerando incerteza quanto à espera e a procura por serviços alternativos (FAGUNDES, 2018).

Quanto aos impactos da internação na vida dos usuários e familiares um estudo realizado por Lima e Scandola (2018) buscou analisar as dificuldades enfrentadas frente à dinâmica da internação na UCCI. Observou-se que ao voltar a atenção ao usuário as condições físicas e psicológicas do cuidador podem acabar negligenciadas, e, portanto, neste estudo o foco deslocou-se do usuário para o cuidador por considerar a necessidade de reconhecê-lo como ser social e mantenedor de relações sociais e econômicas fundamentais ao cuidado.

Para a pesquisa foram sorteados aleatoriamente 10 cuidadores presentes na unidade entre os meses de março a julho de 2017 abordando as seguintes questões: quanto tempo a pessoa que você cuida está internada? Como era a manutenção da família antes da internação? que mudanças ocorreram na vida financeira da família? e, como a família se organiza para prover o cuidado? (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Observou-se a predominância de mulheres (7/10), o tempo de internação variou entre 44 a 90 dias entre os diferentes hospitais. A partir das questões, foram identificadas 7 ideias centrais, sendo elas: 1) a pessoa adoecida era o principal provedor da casa e a internação impactou a organização familiar; 2) os benefícios sociais e previdenciários mantiveram a renda da família; 3) ocorreu mudança no emprego e na situação financeira para dispor-se a ser cuidador; 4) a internação provocou impactos financeiros e os familiares assumiram as responsabilidades conjuntamente; 5) para ser cuidador teve que parar de trabalhar; 6) com a internação necessitou aumentar a carga de trabalho; e, 7) em decorrência da internação houve a necessidade de ajustar a vida financeira da rotina familiar (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Isto posto, evidenciou-se através da pesquisa de Lima e Scandola (2018) que os impactos na vida dos familiares foram desde a interrupção da renda familiar pela internação de seu provedor até arranjos familiares em função da necessidade de um cuidador durante o período de internação (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Os resultados deste estudo evidenciaram que sobre a ideia central 1 a internação pode ter sido do principal provedor da família, gerando incertezas sobre o futuro e depositando na reabilitação uma perspectiva de normalidade uma vez que a internação comprometeu a situação financeira. Observou-se na ideia central 2 que algumas famílias, antes sustentadas pelo usuário internado, durante a internação contaram com benefícios sociais como Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou ainda auxílio doença do INSS expondo a importância da seguridade social na garantia dos direitos à saúde de modo que os benefícios mencionados assim como aposentadorias, além da garantia da renda trazem também sentimento de segurança. Uma importante observação da atuação da equipe multiprofissional neste item foi que em um dos casos, o recebimento de benefício social foi obtido através das orientações da

equipe no papel da assistência social, reforçando a dimensão da atuação na integralidade (LIMA; SCANDOLA, 2018).

Para a ideia central 3 observou-se fragilidade de um cuidador que havia sido recentemente contratado e devido a internação do familiar, entrou em um dilema entre cumprir suas responsabilidades no trabalho ou seu “dever” para com a família. Nos relatos apresentados neste item, novamente revela-se a atuação da assistência social de acordo com o relato do cuidador:

Eu deixei meu serviço de lado, comecei a trabalhar registrado, trabalhei 5 dias e pedi folga, depois pedi dispensa, aí eles mandaram pedi as contas, aí eu disse que somente a dispensa de um dia apenas. A assistente social me deu um papel, que eu fiquei meio período aí eu levei para eles, que pensaram que eu estava mentindo, aí viram que era verdade, aí vou trabalhar do início quando o meu pai voltar para a casa vai ser do começo de novo, mas estou registrado. Relato de um cuidador. (LIMA; SCANDOLA, 2018, p. 43).

Observou-se que a obrigatoriedade da presença do cuidador em tempo integral provocou interrupções nos trabalhos remunerados que reforçou-se nas ideias centrais 5 e 7 ao relatarem deixarem seus empregos para acompanhar o familiar. Um cuidador relatou ter pedido demissão no trabalho, pois os outros familiares não podiam acompanhar em tempo integral, outro relatou que o ganho do usuário internado era suficiente para sobreviverem enquanto outro indicou não estar sofrendo impactos financeiros por ter reorganizado seus gastos para que o ganho fosse suficiente (LIMA; SCANDOLA, 2018).

De acordo com a ideia central 4, os familiares reorganizaram suas atividades de modo que apenas um familiar ficou designado para acompanhar o usuário e os outros pudessem continuar com suas responsabilidades normalmente. Desta forma, de acordo com Lima Scandola (2018) indicou-se a atuação da rede familiar de apoio uma vez que ao interromper suas atividades laborativas os cuidadores puderam contar com alguma ajuda financeira dos outros familiares. Já na ideia central 6, para aqueles cuidadores que apesar de acompanharem seu familiar mantiveram seus empregos, observou-se um aumento na carga de trabalho para que pudesse complementar a renda em razão da distância de suas residências até a UCCI ou ainda, como apontam os relatos, para custear alguns insumos que deveriam ser custeados pela própria unidade:

Tem o salário dele (BPC) e mais os bicos que eu faço. Agora de noite, eu tenho que fazer (um bico) porque tem gasolina, são 40 quilômetros por dia, 20 pra vir e 20 pra ir, lá em casa, nós estamos levando... Relato de um cuidador. (LIMA; SCANDOLA, 2018, p. 44).

Aí tive que trabalhar mais com vendas porque só o meu emprego não estava dando para custear os gastos, só que antes da internação não era assim... eu trabalhava menos. Teve o impacto no sentido assim, que você tem que dar manutenção pra ela, assim independente se você tá ou não com dinheiro, tipo a fralda dela que não pode faltar. Relato de um cuidador. (LIMA; SCANDOLA, 2018, p. 44).

1.5 CUIDADO INTERMEDIÁRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Pereira (2019), através de sua participação no grupo de pesquisa acerca da experiência dos Cuidados Intermediários implantados na Itália, realizou um estudo com o objetivo de identificar os modelos de integração deste tipo de cuidado *na Regione Emília-Romagna* (Região Emília Romanha - RER) e no Hospital da Cruz Vermelha de Barra do Piraí no estado do Rio de Janeiro, única unidade habilitada pelo MS para este tipo de cuidado neste estado, assim como a ocorrência de descontinuidade do cuidado em ambas as experiências.

Para a viabilidade desta análise fez-se o uso de dados secundários dos Cuidados Intermediários na RER fornecido pelos participantes italianos do grupo de pesquisa e coleta de dados secundários no SIH-SUS do DATASUS para os usuários internados sob os Cuidados Prolongados entre o período de 2013 a 2017 (PEREIRA, 2019).

Desta forma, o Hospital da Cruz Vermelha de Barra do Piraí possui 60 leitos destinados aos Cuidados Intermediários, paliativos e de longa permanência atendendo diversos outros municípios do estado do Rio de Janeiro, que segundo Pereira (2019), 75% destes leitos são ocupados por moradores do próprio município.

Quanto ao volume de atendimentos, observou-se que no período do estudo (2013-2017) houve aumento no seu fluxo estabilizando-se entre 2015 a 2017. Ao analisar os motivos das internações Pereira (2019) observou que no período da pesquisa houve uma redução nas internações dos usuários oncológicos (de 58% para 21%) e aumento nas internações dos usuários com doenças cardiovasculares (de 4,5% para 21,8%), contudo, o perfil das internações giravam em torno de três causas principais: Oncológica; Neurológica; e, Cardiovascular, sendo que estes três grupos representaram 87,8% dos usuários atendidos.

Observou-se ainda que além dos principais motivos apresentados, outras causas para admissão foram observadas a exemplo de causas externas e usuários de drogas, neste último, questiona-se sobre os desafios para um cuidado adequado e customizado às necessidades do indivíduo (PEREIRA, 2019).

A idade média dos usuários girou em torno de 66,6 anos para os homens e 70 anos para as mulheres e um tempo médio de permanência entre 11 e 17 dias, considerado baixo para

usuários em período de convalescença e/ou de reabilitação indicando assim que as internações ocorriam por motivos alheios à reabilitação. Pereira (2019) também observou a frequência de reinternações pelo mesmo CID, sugerindo um possível indicador de qualidade do cuidado.

Quanto à proporção dos usuários segundo sexo, observou-se certa homogeneidade representando 49% dos atendimentos entre as mulheres e 51% entre os homens. Em relação aos óbitos ocorridos no HCP neste período, evidenciou-se alta taxa dos óbitos (90% para usuários com internação de 1 a 30 dias), podendo ser justificados pelo volume de usuários internados em cuidados paliativos. Ao verificar o tempo médio de permanência comparando-o com o tipo de alta, reforçou-se a hipótese deste atendimento em caráter paliativo, pois os óbitos estavam geralmente ocorrendo entre os primeiros 30 dias de internação (PEREIRA, 2019).

Ao comparar o HCP de Barra do Piraí com as estruturas de Cuidado Intermediário da RER, Pereira (2019) aponta uma diferença que pode ser crucial se pensarmos pelo aspecto organizacional dos serviços de saúde baseando-os em seus objetivos e tipo de cuidado, trata-se do fato que na RER, os dispositivos de Cuidado Intermediário estão sob a gestão da atenção primária incluindo a gestão da oferta dos leitos, enquanto no Brasil, de acordo com as políticas públicas de organização dos serviços de saúde, organiza-se como um serviço dentro da Rede de Urgência e Emergência (RUE) sendo esta gestão responsável pela regulação dos leitos.

Contudo, observou-se que para qualquer outro tipo de regulação e gestão, a responsabilidade será de cada unidade, seja HCP ou UCP, que contará com liberdade, desde que respeitando as normas, para gerir conforme for oportuno. Assim, não se estabelece obrigatoriedade de comprovação da intersetorialidade com os outros serviços de saúde da rede, incluindo a AB, oferecendo um risco potencial na descontinuidade do cuidado ao contrário do modelo italiano que em sua política já dispõe de meios de garantir a continuidade (PEREIRA, 2019).

Pereira (2019) ainda ressaltou ter observado diferenças quanto a objetividade do cuidado, sendo na RER o atendimento ao usuário idoso enquanto no Brasil se destina a qualquer usuário que necessite tanto de cuidados reabilitativos quanto paliativos. Neste aspecto nota-se que na experiência italiana, o cuidado paliativo também está associado ao Cuidado Intermediário, porém, possui estrutura diferenciada podendo ser abrigos ou *hospices*, que assim como os hospitais de comunidade são de responsabilidade gerencial da atenção primária.

Ainda sobre a organização das estruturas de Cuidado Intermediário na RER, nota-se que tal estratégia, se aplicada nas estruturas brasileiras, estaria mais próxima de alcançar a longitudinalidade e continuidade do cuidado através do vínculo que se estabelece entre os usuários e profissionais da AB, uma vez que na Itália ao estabelecer a responsabilidade da gestão do Cuidado Intermediário na AB o próprio médico de família é responsável pelo acompanhamento do usuário (PEREIRA, 2019).

1.6 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO SETOR PRIVADO

Esta revisão contemplou os aspectos compatíveis com o Cuidado Intermediário proposto pela parceria com a RER também na perspectiva do setor privado, no qual Polisaitis (2018) realizou uma pesquisa acerca das Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e Clínicas de Retaguarda. Na ocasião da pesquisa a autora observou a ausência de uma nomenclatura específica para o Cuidado Intermediário, que dificulta não apenas a captação de materiais de estudo como também análises de custo-benefício e desfechos clínicos dos serviços já existentes.

Desta forma, as ILPI, além de serem caracterizadas como instituição social, são definidas como instituições híbridas que atuam com cuidados continuados tanto para pessoas com questões de ordens sociais como portadores de enfermidades crônicas. Observou-se que a demanda por este tipo de serviço tem crescido no Brasil em decorrência de mudanças nos perfis epidemiológicos e demográficos e pelo fato de os usuários apresentarem dificuldades em realizar suas AVD (POLISAITIS, 2018).

A abordagem utilizada no estudo refere-se a cuidados pós-agudos como serviços de cuidados prolongados destinados a “idosos frágeis e outros adultos cuja capacidade para o autocuidado é limitada por causa de doença crônica, declínio físico, cognitivo ou mental, e outras condições em período de convalescença” (POLISAITIS, 2018).

Foram analisados registros de internação de pacientes internados em dois prestadores de serviços diferente, sendo eles uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e uma clínica de retaguarda, no período de 2017. Estes estabelecimentos estão sujeitos a um licenciamento sanitário nas Secretarias Municipais de Saúde e enquadramento na Classificação de Atividades Econômicas (CNAE) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (POLISAITIS, 2018).

De acordo com Polisaitis (2018), ao pesquisar no site CNES sobre os estabelecimentos ativos no Brasil para o Cuidado Prolongado, ou mesmo para Cuidado Continuado Integrado,

observou-se que estavam cadastrados como hospitais especializados (destinados à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade ou área) dificultando estratificação total de estabelecimentos de retaguarda. Já para ILPIs, observou-se que quando cadastradas, são inseridas como clínicas/centro de especialidades.

Para as clínicas/centro de especialidades encontrou-se um total de 47.466 estabelecimentos inviabilizando uma análise em sua totalidade por ausência de especificação quanto aos seus propósitos. Em relação ao tipo de leito, foi considerado como leito de retaguarda para longa permanência os leitos crônicos, reabilitação e geriatria, encontrando-se um total de 13.456 leitos de longa permanência, sendo que destes 9.494 eram do SUS e 3.962 do setor privado (POLISAITIS, 2018).

Foram analisadas nesta pesquisa uma ILPI e uma Clínica de Retaguarda do setor privado (empresa A e B respectivamente). Observou-se para a empresa A, localizada na região metropolitana de São Paulo, que os serviços eram oferecidos para idosos acima de 60 anos que desejasse/necessitasse residir na Instituição. A assistência era prestada por equipe multiprofissional composta por: médico geriatra; farmacêutico; fisioterapeuta, fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; psicólogo; nutricionista e enfermeiros. Para serem admitidos, os idosos passaram por avaliação médica e de outros profissionais da equipe multiprofissional para determinar as deficiências e incapacidades do idoso na realização de suas AVD (POLISAITIS, 2018).

A idade média na empresa A foi de 83 anos com predominância do sexo feminino e para classificar a dependência de cuidados fez-se o uso da resolução 283/2005. Este estabelecimento, de acordo com a descrição no CNES, compreende atividades de assistência social a idosos sem condições econômicas para se manterem, as quais são prestadas em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou privados e podendo oferecer cuidados médicos esporádicos. O pagamento dos materiais, medicamentos e das sessões de reabilitação dos clientes admitidos na empresa A era efetuado por familiares.

Quanto à ocupação, a análise evidenciou que a empresa A trabalhou com capacidade elevada já que a ANS estabelece como taxa ideal de ocupação entre 75% e 85% enquanto a empresa chegou a trabalhar com uma média de 93%. Quanto a origem do encaminhamento, observou-se que 45% foram encaminhados de hospitais com diagnósticos principais variando entre cirurgia de fêmur (42 casos), infecção urinária (26 casos) e pneumonia (21 casos), que foram encaminhados para atendimento de curta permanência (reabilitação) apresentando um tempo médio de internação de 123 dias (POLISAITIS, 2018).

Na análise da empresa B (Clínica de Retaguarda) localizada na região metropolitana de São Paulo para clientes crônicos e imunodeprimidos, esta empresa conta com 60 leitos divididos em enfermaria e apartamento. No CNES está inserida como atividade de atendimento hospitalar com 20 leitos de reabilitação e 40 leitos crônicos e os serviços ofertados são de reabilitação de pacientes crônicos em transição, de longa permanência ou cuidados paliativos. A equipe multiprofissional é composta por: médicos; enfermeiros; psicólogos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; terapeuta ocupacional; nutricionista; e, assistente social. Nesta empresa a idade média foi de 86 anos e predominância do sexo feminino (69%) (POLISAITIS, 2018).

Do total, 72% apresentavam alteração cognitiva sendo 25% diagnosticados com doença de Alzheimer e 47% com síndrome demencial. No ano de 2017 trabalhou com uma taxa média de ocupação de 73% com taxa de 97% no mês de junho e de 63% no mês de novembro e o principal diagnóstico nesta empresa foi o AVE (38%) (POLISAITIS, 2018).

Esta revisão evidencia a importância de os projetos piloto terem sido amparados pela parceria com Portugal e Espanha, assim como o intercâmbio para imersão in loco da dinâmica do serviço, pois foi de extrema relevância na implantação do Cuidado Intermediário no Brasil para a obtenção dos resultados, o mais próximo possível daqueles almejados.

Além disso, a parceria realizada pelo UE-HCFMRP-USP e os hospitais dos municípios de São Simão, Guariba e Altinópolis estão de acordo com o Artigo 6º, inciso IX da Portaria 2.809 que define a intersetorialidade como uma de suas diretrizes e segundo Pazin-Filho (2015) os municípios que contam com capacidade estrutural, poderiam se responsabilizar em oferecer este apoio interinstitucional aos usuários que necessitem de Cuidados Prolongados possibilitando sua transição entre a atenção hospitalar e a AB.

Contudo, Pereira (2019) faz uma importante observação acerca da continuidade do cuidado na perspectiva da organização dos serviços. Apesar de a Portaria definir a intersetorialidade como uma de suas diretrizes como mencionado anteriormente, não estabelece nenhum meio específico de garantir que esteja de fato acontecendo, mas determina algumas metas como mostrou a pesquisa de Andrade (2017). Sendo assim, a taxa de ocupação ideal dado o investimento nos dispositivos de Cuidados Prolongados, está definida entre 75% e 85%. No entanto, a taxa de ocupação de uma das unidades instalada no estado de São Paulo apontou variação um tanto abaixo do esperado evidenciando entre outros fatores, a fragilidade na comunicação entre os diferentes serviços da RAS, que corresponde com a observação feita por Pereira (2019).

Ressalta-se com isso a importância da intersetorialidade e da comunicação direta com a AB, uma vez que segundo a Portaria 2.809, o ingresso dos usuários nas UCPs ou HCPs podem ser tanto da alta hospitalar quanto da AB, desde que os usuários se enquadrem nos critérios estabelecidos (BRASIL, 2012) estando ainda em conformidade com a experiência italiana, que apresenta em seu objetivo preventivo, o encaminhamento de usuários potencialmente agudizados da atenção primária para os dispositivos de Cuidado Intermediário (PIERI, 2016). Outrossim, se analisarmos a implantação deste modelo de atenção no Brasil, podemos observar que a experiência italiana nos mostra outra estratégia de gestão capaz de mitigar a subutilização destes serviços ao passo que aproxima o cuidado ao usuário com os dispositivos territoriais, sendo a gestão destas unidades do Cuidado Intermediário de responsabilidade da própria AB (PIERI, 2016).

No que tange a capacitação dos profissionais, o fato de ter ocorrido apenas na ocasião da implantação (ANDRADE, 2017), gerou dificuldades na atuação dos profissionais contratados após este momento, o que nos leva a considerar que nas experiências futuras isto seja planejado para evitar distanciamento entre os profissionais e impactos nos cuidados prestados aos usuários. A Portaria 2.809 estabelece que os profissionais sejam capacitados através de Educação Permanente em Saúde objetivando que todos os profissionais envolvidos com os cuidados dos usuários hospitalizados em UCPs ou HCPs disponham das competências necessárias às suas funções, integrando a produção do conhecimento científico à qualificação da atuação da equipe multidisciplinar desenvolvendo a prática do cuidar que envolve “sentimentos, atitudes e ações devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família” (BRASIL, 2012).

Observou-se que os instrumentos de avaliação utilizados nas experiências dos distintos modelos de implantação foram imprescindíveis o monitoramento do progresso na reabilitação do usuário, podendo o PTS ser adaptado caso necessário, além de configurar importantes indicadores de qualidade da atenção e do cuidado.

O tempo de internação mostrou-se variável entre os estudos analisados estando entre 30 e 60 dias ao contrário do que se observou para o HCP de Barra do Piraí. Contudo, a regressão nos recursos em função do tempo de internação não deve influenciar o PTS por oferecer um risco potencial de acelerar o processo de reabilitação e/ou a alta ser efetuada quando o usuário ainda não tenha suas funcionalidades potencialmente recuperadas.

Desta forma, o estabelecimento das metas quanto à taxa de ocupação não visa apenas o retorno do investimento através da sustentabilidade da oferta do serviço, mas também um meio de evitar a subutilização destes leitos, que ao estabelecer parcerias tanto com a rede hospitalar

quanto com a AB, seja no âmbito municipal ou intermunicipal, duplica sua capacidade de captação de usuários, ao mesmo tempo em que os usuários da AB possam ser tratados preventivamente evitando agravos decorrentes de agudizações e suas consequências.

Observaram-se nas pesquisas que as principais causas de internação nas estruturas de Cuidados Prolongados foram as doenças cardiovasculares, indicando relação com o perfil epidemiológico populacional exposto pelo MS (BRASIL, 2001). Outro fator extremamente relevante nesta revisão, é que ao contrário do que se esperava (predominância de usuários idosos), a faixa etária variou entre indivíduos adultos e idosos o que se mostra condizente com o que foi disposto na Portaria 2.809 ao não estabelecer a idade como critério de elegibilidade e sim a condição clínica. Desta forma, há a possibilidade de oferecer equidade no acesso uma vez que a pesquisa realizada por Vargas (2015) mostrou outro motivo de internação, tão incapacitante quanto às doenças crônicas e que acomete indivíduos mais jovens, as consequências das causas externas, representada em sua pesquisa pela Lesão Medular decorrente de acidentes automobilísticos e ferimentos por armas de fogo, entre outros fatores.

Quanto aos impactos observados na vida dos cuidadores, mesmo que a corresponsabilização do cuidado por parte dos familiares seja um dos critérios de admissão nestas estruturas, sugere-se para as experiências futuras considerar adaptações nos horários dos cuidadores que assim necessitem com a finalidade de minimizar impactos negativos que possam comprometê-los em sua totalidade.

Observou-se ainda, pela análise realizada no setor privado, que de acordo com Polisaitis e Malik (2019) este setor sofreu uma redução quanto ao número de beneficiários de planos de saúde, que eram os principais referenciadores para as empresas analisadas (POLISAITIS, 2018), gerando uma reconfiguração dos leitos também no setor privado, já que parte de seus clientes não necessitam de leitos de cuidados agudos (POLISAITIS; MALIK, 2019). Evidencia-se com isso, que aqueles que não possuem mais os planos de saúde, representado na redução mencionada, serão aqueles que também comporão a população a espera do Cuidado Intermediário no setor público, o que sugere que esta demanda aumente ainda mais.

Diante disso, questionou-se:

Os usuários atendidos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, se conformariam dentro dos critérios mencionados nesta revisão para justificar a implantação de uma UCP?

Portanto, pretende-se analisar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários internados neste serviço de saúde no ano de 2018 para comparar com a experiência de

implantação do Cuidado Intermediário na Itália, valendo-se do perfil dos usuários atendidos nos dispositivos de Cuidados Intermediários implantados no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a oportunidade de implantação de uma Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários internados no HUCFF-UFRJ no ano de 2018;
2. Elaborar critérios de seleção capazes de identificar as internações potencialmente pertinentes aos Cuidados Intermediários.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido no HUCFF-UFRJ e trata-se de um estudo seccional, descritivo exploratório, com abordagem quali-quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no sistema de informação de gestão hospitalar MedTrak®.

Os dados foram obtidos através do relatório de internação e alta hospitalar Q6 e o relatório de alta hospitalar por CID-10, B22. As tabelas extraídas e reorganizadas a partir do sistema operacional do HUCFF, foram analisadas utilizando-se os recursos do software R e o mapa representativo foi desenvolvido no sistema de georreferenciamento TerraView.

O público alvo desta pesquisa foram os usuários internados no HUCFF no ano de 2018. A escolha desta instituição se deu através da atuação neste campo de prática proposto pela disciplina de Atividades Integradas em Saúde Coletiva do curso de graduação em Saúde Coletiva, tendo sido desenvolvida no Serviço de Epidemiologia e Avaliação – SEAV em seu Laboratório de Informações para Gestão Hospitalar – LaBIGh com a colaboração da Coordenação de Informática e Rede (CIR).

Dos dados obtidos pelo relatório Q6, foram encontrados 8.264 registros de internações, destas, foram excluídas 582 internações por terem evoluído a óbito, totalizando assim 7.682 internações no período para compor a análise do perfil epidemiológico e sociodemográfico na perspectiva do Cuidado Intermediário. As informações obtidas do sistema de informação hospitalar serão comparadas com as características populacionais disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através do censo 2010.

As variáveis do relatório Q6 foram extraídas a partir dos campos: data de internação e data da alta (tempo de internação); data de nascimento (idade); data de abertura do prontuário (tempo de abertura do prontuário em anos); cidade (município de origem); CID da alta; escolaridade; e, CIDs cadastrados no paciente (usuários com HAS, DM, neoplasias e neoplasia combinada com HAS e/ou DM).

Na distribuição das internações por municípios do estado do Rio de Janeiro, não foram computados 25 registros de internações por conterem erro no preenchimento do campo município. A classificação das faixas etárias seguiu o modelo disposto no Sistema de Informação em Saúde DATASUS que segue também as classificações do MS e IBGE, já o tempo de internação foi agrupado considerando os períodos (dias internados) mais frequentes e as atribuições da Portaria 2.809 (primeiros 30 dias, de 31 até 60 dias, de 61 até 90 dias e 91 dias ou mais) (BRASIL, 2012).

A classificação dos níveis de escolaridade seguiu o modelo disponível no IBGE, para isto foi agrupado os dados do relatório Q6 referente ao campo escolaridade para padronizar a análise. Assim os níveis de escolaridade estão representados da seguinte forma: “Sem instrução e ensino fundamental incompleto”; “Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto”; “Ensino médio completo e ensino superior incompleto”; “Superior completo”; e, “Não determinado”.

Para elaborar os critérios de seleção capazes de identificar as internações potencialmente pertinentes aos Cuidados Intermediários, utilizou-se o conceito de Triangulação de Métodos, que segundo Minayo *et al.* (2005) consiste em uma técnica de combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista sob a integração objetiva e subjetiva no processo de avaliação. Esta estratégia visa a adequação das atividades através da inclusão de abordagens quantitativas e qualitativas, análise do contexto e das relações, representações e participações

Desta forma, foram utilizadas na triangulação as informações contextuais dos achados teóricos das buscas bibliográficas, o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários internados no período de 2018 e as técnicas de classificação das internações nos Cuidados Intermediários observadas na experiência italiana e brasileira. As técnicas de classificação foram aplicadas aos registros hospitalares do sistema MedTrak® para estabelecer o quantitativo de usuários internados no HUCFF no referido período, que potencialmente cumpriam os critérios estabelecidos para o referenciamento ao Cuidado Intermediário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), é um hospital público de ensino, está vinculado ao Ministério da Educação por intermédio da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e ao Ministério da Saúde sob a gestão municipal através da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Está situado no campus da Ilha do Fundão compondo uma das unidades assistenciais do complexo hospitalar da UFRJ e integra a Área de Planejamento 3.1 da secretaria de saúde.

O HUCFF é referência na atenção ambulatorial especializada e de internação de alta complexidade, é especializado em crônicos sendo habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) entre outras habilitações (CNES, 2019).

O acesso ao HUCFF é realizado por demanda referenciada (CNES, 2019) e a regulação das vagas é de responsabilidade do gestor municipal, onde a quantidade e distribuição destas vagas se dão por meio de pactuação intermunicipal pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) que considera o contexto e as necessidades de saúde da população.

Este estudo foi realizado através do estágio no LaBIGh que faz interface entre o SEAV, responsável pelo monitoramento dos indicadores hospitalares de produção, desempenho e resultado e a CIR, setor encarregado pela provisão e manutenção de tecnologia da informação do HUCFF. A atuação e parceria dos setores LabBIGh e CIR foi fundamental para a construção de um relatório com as informações necessárias à análise do perfil epidemiológico e sociodemográfico pretendido.

Com o intuito de comparar o perfil sociodemográfico dos usuários internados no ano de 2018 com as características populacionais, utilizou-se as informações do IBGE disponíveis no censo de 2010. Entende-se assim, que o fato de as informações sociais necessárias a esta análise estarem disponíveis apenas nos censos, configura uma limitação por estarem desatualizadas, demonstrado na diferença entre o censo de 2010 e a estimativa atual do próprio IBGE, onde o estado do Rio de Janeiro contava com uma população total de 13.905.076 habitantes no censo enquanto no ano de 2019 a população estimada seria de 17.264.943 habitantes (IBGE, consultado em janeiro de 2020).

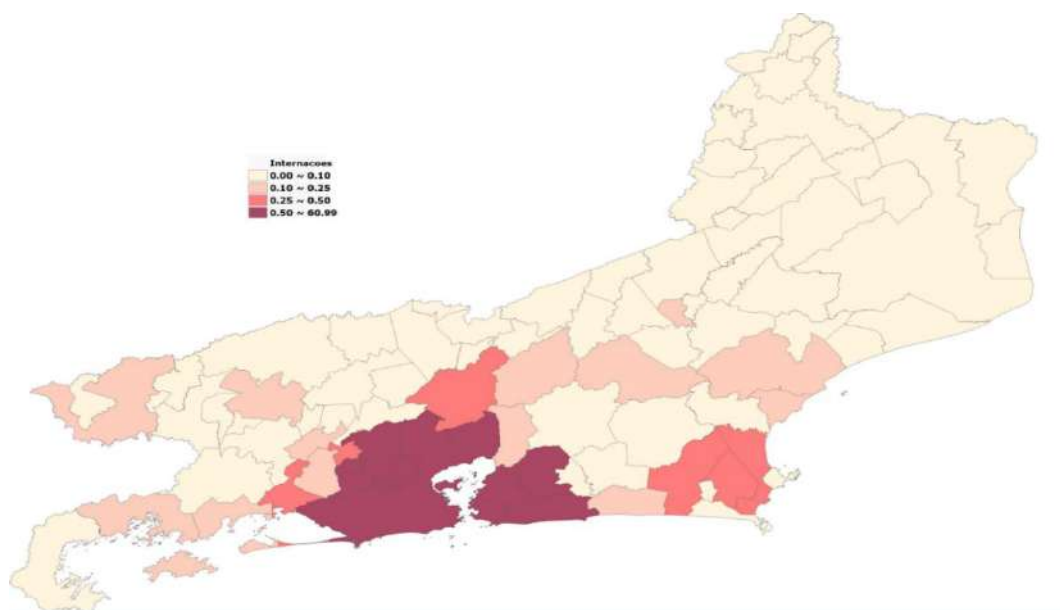
4.1 ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS INTERNADOS NO HUCFF NO ANO DE 2018

Do total dos usuários internados no período de 2018 (7.682), 53,5% eram do sexo feminino enquanto 46,5% eram do sexo masculino, com a predominância de indivíduos de cor branca (55,4%) e parda (35,4%) em ambos os sexos. Ao analisar as características populacionais do estado do Rio de Janeiro, observou-se que de acordo com o censo de 2010, as mulheres representavam 52,8% da população total enquanto os homens representavam 47,2% com a predominância dos indivíduos de cor branca (47,7%) e parda (38,9%).

Isto mostra que os dois grupos analisados possuem características semelhantes quanto ao gênero e cor, mas um tanto excessiva no que tange a predominância de usuários de cor branca no HUCFF quando comparado com os usuários internados nas demais estruturas públicas do estado do Rio de Janeiro, que apontam para a predominância de usuários de cor parda (30,8%) seguido dos usuários de cor branca (24,4%) de acordo com as informações do DATASUS (Morbidade Hospitalar do SUS), ressaltando-se, contudo que esta característica é autodeclarada.

Foi observado que os usuários internados no HUCFF no ano de 2018, eram provenientes de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro, contudo, observou-se uma concentração de usuários da região metropolitana, representando 95,9% (7.348) do total das internações (7.682) sendo que 61,4% (4.702) são provenientes do município do Rio de Janeiro seguido por usuários de Duque de Caxias (8,3%, 638), Nova Iguaçu (5,6%) , São João de Meriti (4,83%, 370) e dos demais municípios (4,1%, 1.520). Ao comparar com os dados populacionais do IBGE, observa-se também que a região metropolitana é a região de maior densidade populacional. A distribuição das internações segundo municípios do estado do Rio de Janeiro está representada na figura a seguir.

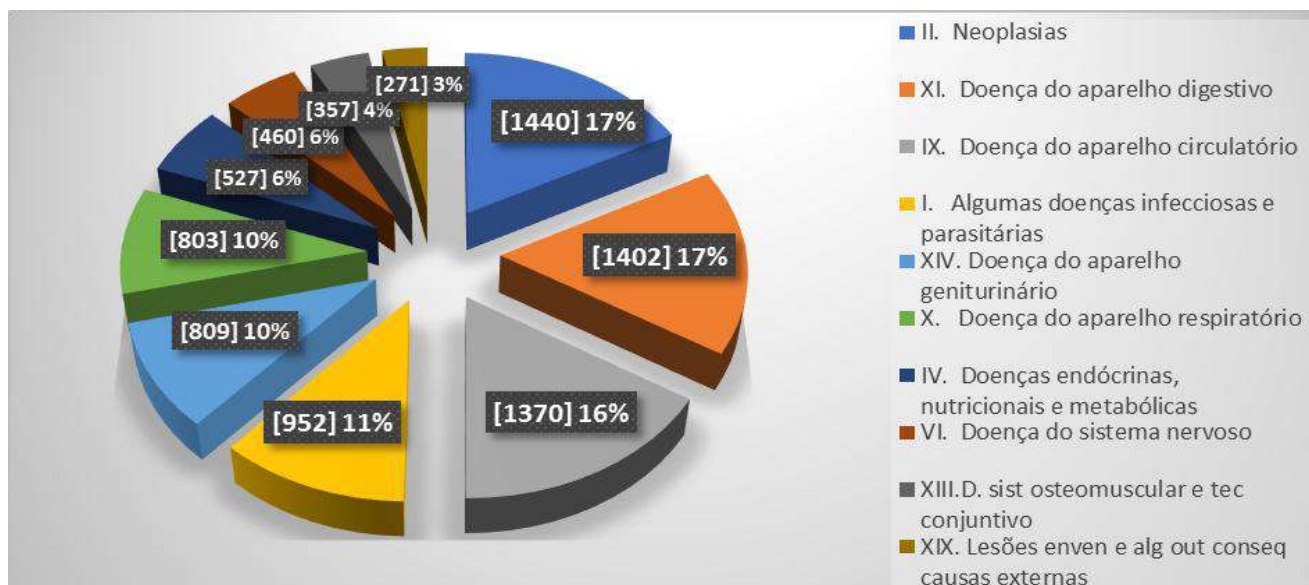
Figura 2 - Distribuição proporcional das internações do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, segundo municípios do RJ, 2018



Fonte: MedTrak[®], estatística de alta hospitalar/Relatório Q6: IBGE, 2019.

Quanto as causas de internações, realizou-se análise a partir das informações do relatório B22 que contém o CID da alta, isto possibilitou agrupá-los de acordo com os grandes grupos do CID-10 para exibir os principais motivos das internações ocorridas no período da análise, separando-os em 10 principais motivos de internação. Observou-se que as principais causas de internação obtidos do sistema de informação, representaram 80,1% do total das internações ocorridas no período. Destas, as mais expressivas foram as neoplasias (13,7%, 1.440), as doenças do aparelho digestivo (13,4%, 1.402) e as doenças do aparelho circulatório (13,1%, 1.370) seguidas das demais causas conforme a figura a seguir.

Figura 3 - Distribuição proporcional das internações dos usuários do HUCFF segundo grande grupo do CID-10, 2018

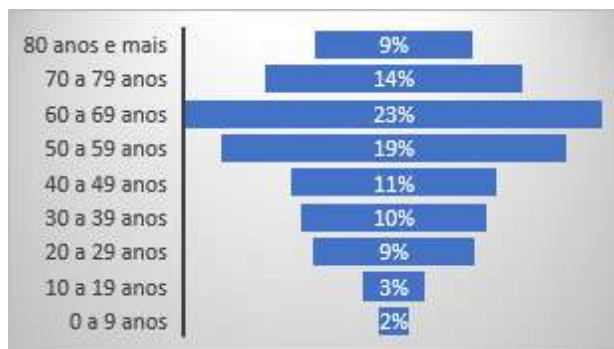


Fonte: MedTrak®, estatística de alta hospitalar por CID-10/Relatório B22.

A análise das internações de acordo com a faixa etária seguiu o agrupamento encontrado no sistema DATASUS e IBGE, demonstrando que no HUCFF as internações ocorrem em maior proporção para os usuários com idade entre, 60 a 69 anos (23%) 50 a 59 anos (19%) e 70 a 79 anos (14%) sendo que as idades variaram entre 0 a 102 anos e o cálculo da mediana das idades foi de 57 anos.

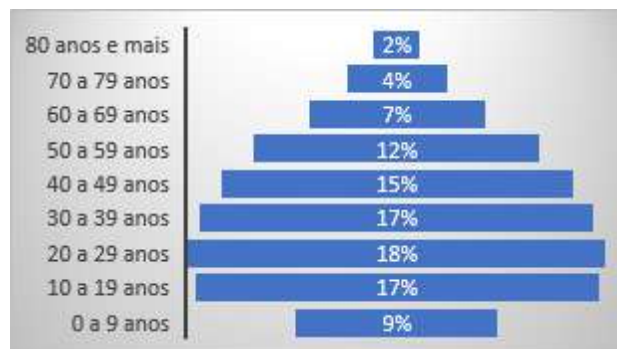
Ao analisar o perfil populacional do estado do rio de janeiro segundo faixa etária, observou-se que apesar do crescimento da população idosa decorrente da transição populacional, as maiores proporções variam para os indivíduos com idade entre 20 a 29 anos (17,5%) 10 a 19 anos (16,9%) e 30 a 39 anos (16,5%). Isto sugere que os usuários internados no HUCFF em 2018, não seguem a mesma distribuição etária da população em geral, representado nas figuras 3 e 4.

Figura 4 - Distribuição proporcional dos usuários internados no HUCFF em 2018, segundo faixa etária.



Fonte: MedTrak®, estatística de alta hospitalar/Relatório Q6.

Figura 5 - Distribuição proporcional da população do estado do Rio de Janeiro, segundo faixa etária.

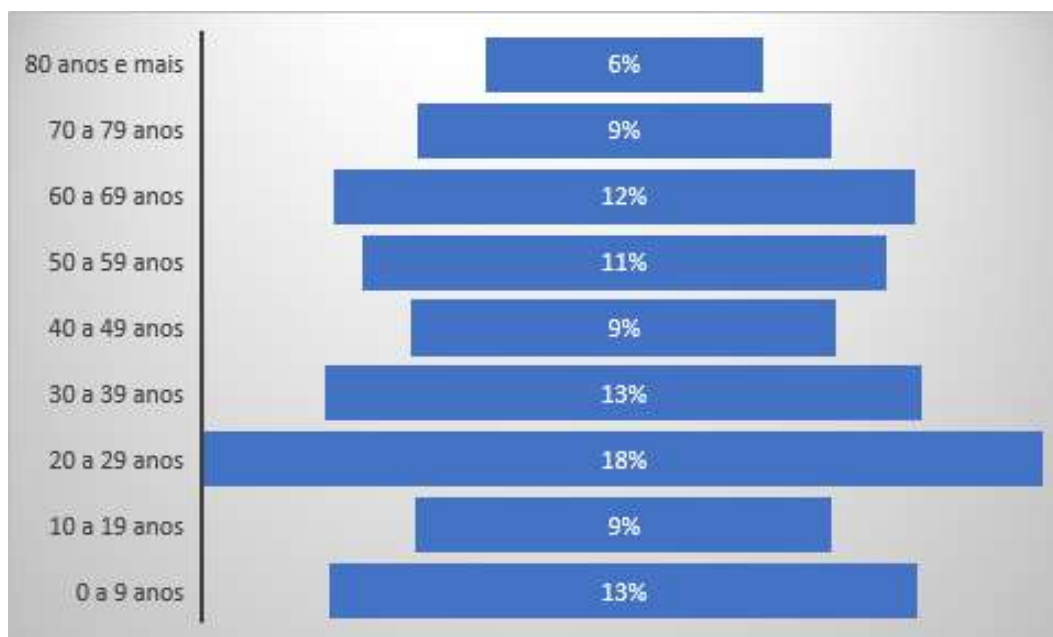


Fonte: IBGE, Censo 2010.

De acordo o MS (2001) espera-se que 20% da população tenha HAS e 8% tenha DM, assim, observou-se que dos usuários internados no período analisado, 16,1% (1.230) tinham HAS, 9,1% (701) tinham DM, ainda observou-se que 24,3% (1.872) tinham algum tipo de neoplasia, sendo que 4,8% (371) destes, possuíam algum tipo de neoplasia combinada com HAS e/ou DM. Estas características sugerem que a predominância dos usuários nas faixas etárias mais envelhecidas no HUCFF quando comparadas com as características da população geral, pode estar relacionada com o fato de as doenças citadas serem mais comuns entre os adultos / idosos e por tratar-se de um CACON e serviço de saúde especializado em crônicos.

Ainda na perspectiva das disparidades relacionadas à faixa etária dos usuários, comparou-se com os usuários internados nas estruturas públicas do estado do Rio de Janeiro evidenciando que os usuários atendidos no HUCFF possuem características diferenciadas tanto quando comparadas com a população geral, quanto quando comparadas com a faixa etária dos usuários internados nas demais estruturas públicas de saúde, mostrando que as faixas etárias predominantes foram 20 a 29 anos (18%), 0 a 9 anos (13%), 60 a 69 anos (12%) seguido das demais faixas etárias como mostra a figura 6.

Figura 6 - Distribuição proporcional dos usuários internados nas estruturas públicas de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2018



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que os usuários que possuíam “ensino médio completo e superior incompleto” representaram (31,2%) do total, seguido dos usuários com “ensino fundamental completo e médio incompleto” (30,3%) e dos usuários “sem instrução e ensino fundamental incompleto” (23,4%), já os usuários com ensino superior completo representavam apenas 6,9% do total.

O nível de escolaridade da população do estado do Rio de Janeiro apontou para os indivíduos “sem instrução e fundamental incompleto” (41,5%) com maior representatividade, seguido daqueles com “ensino médio completo e superior incompleto” (28,1%) e dos indivíduos com “fundamental completo e médio incompleto” (19%), enquanto o nível “superior completo” representou 10,9% do total da população conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Representação dos dados populacionais do Censo 2010 do RJ e dos usuários internados no HUCFF no ano de 2018

| VARIÁVEL | IBGE | | | | | | HUCFF | | | | | |
|---|------------------|-------------|--|------------------|-------------|--|-------------------|------------|--|--------------|-------------|--|
| | F | | | M | | | TOTAL | | | F | | |
| | N | % | | N | % | | N | % | | N | % | |
| TOTAL | 6.567.478 | 47,2 | | 7.337.598 | 52,8 | | 13.905.076 | 100 | | 4.111 | 53,5 | |
| Raça/cor | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 3.578.892 | 48,8 | | 3.053.142 | 46,5 | | 6.632.034 | 47,7 | | 2.218 | 54,0 | |
| Preta | 8.897.25 | 12,1 | | 8.489.54 | 12,9 | | 1.738.679 | 12,5 | | 342 | 8,3 | |
| Amarela | 61.500 | 0,8 | | 44.122 | 0,7 | | 105.622 | 0,8 | | 16 | 0,4 | |
| Parda | 2.799.613 | 38,2 | | 2.614.951 | 39,8 | | 5.414.564 | 38,9 | | 1.417 | 34,5 | |
| Indígena | 7.868 | 0,1 | | 6.309 | 0,1 | | 14.177 | 0,1 | | 0 | 0,0 | |
| Ignorado | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 0 | 0,0 | | 118 | 2,9 | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | |
| 0 a 9 anos | 1.056.265 | 13,9 | | 1.024.341 | 12,2 | | 2.080.606 | 13,0 | | 57 | 1,4 | |
| 10 a 19 anos | 1.300.926 | 17,1 | | 1.274.383 | 15,2 | | 2.575.309 | 16,1 | | 133 | 3,2 | |
| 20 a 29 anos | 1.311.708 | 17,2 | | 1.355.428 | 16,2 | | 2.667.136 | 16,7 | | 368 | 9,0 | |
| 30 a 39 anos | 1.203.989 | 15,8 | | 1.309.208 | 15,7 | | 2.513.197 | 15,7 | | 416 | 10,1 | |
| 40 a 49 anos | 1.058.659 | 13,9 | | 1.186.159 | 14,2 | | 2.244.818 | 14,0 | | 537 | 13,1 | |
| 50 a 59 anos | 836.449 | 11,0 | | 991.806 | 11,9 | | 1.828.255 | 11,4 | | 851 | 20,7 | |
| 60 a 69 anos | 496.422 | 6,5 | | 633.664 | 7,6 | | 1.130.086 | 7,1 | | 865 | 21,0 | |
| 70 a 79 anos | 260.375 | 3,4 | | 385.306 | 4,6 | | 645.681 | 4,0 | | 518 | 12,6 | |
| 80 anos ou mais | 100.886 | 1,3 | | 203.955 | 2,4 | | 304.841 | 1,9 | | 366 | 8,9 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | |
| Sem informação e fundamental incompleto | 2.993.125 | 40,8 | | 2.778.972 | 51,1 | | 5.772.096 | 41,5 | | 1.167 | 28,5 | |
| Fundamental completo e médio incompleto | 1.383.607 | 18,9 | | 125.649 | 2,3 | | 2.636.255 | 19,0 | | 1.250 | 30,5 | |
| Médio completo e superior incompleto | 2.074.333 | 28,3 | | 1.834.349 | 33,7 | | 3.908.682 | 28,1 | | 1.250 | 30,5 | |
| superior completo | 848.884 | 11,6 | | 667.578 | 12,3 | | 1.516.462 | 10,9 | | 245 | 6,0 | |
| Não determinado | 37.651 | 0,5 | | 33.932 | 0,6 | | 71.584 | 0,5 | | 187 | 4,6 | |

Fonte: IBGE, MedTrak®/Relatório de alta Q6.

Ao comparar o grau de instrução dos dois grupos observou-se que os usuários do HUCFF apresentaram nível de escolaridade distinto da população geral, apontando para um grupo com maior nível de instrução. Contudo, uma análise feita no tempo de abertura dos prontuários mostrou uma variação entre 0 e 50 anos no qual a mediana foi de 4 anos de tempo de abertura de prontuário. Neste aspecto, o sistema MedTrak® não continha informações sobre atualizações cadastrais, sugerindo então que estas informações podem estar desatualizadas e assim, surge a hipótese de que no decorrer dos anos em que houve a abertura do prontuário, o usuário em questão pode ter avançado em seu nível de escolaridade e, portanto, o que foi observado sobre possuírem maior nível educacional comparado com a população geral, pode se acentuar ainda mais, porém fica sempre a questão acerca das desigualdades no acesso, o que

indicaria a possibilidade de se produzir mecanismos diferenciados para além dos princípios da equidade.

O tempo de permanência variou entre 0 e 1.546 dias e a mediana foi de 4 dias de internação. O cálculo foi realizado através da data da internação e data da alta e por esta razão obteve número de dias superiores aos dias do período analisado, já que a data da internação em alguns casos era anterior ao período de 2018.83,6% (6.420) dos usuários estiveram internados no HUCFF no período entre 0 a 15 dias, 10,5% (805) estiveram no período entre 16 a 30 dias, 4,4% (341) tiveram permanência entre 31 a 60 dias, 1,0% (77) entre 61 a 90 dias e 0,5% (39) usuários tiveram seu tempo de permanência por 91 dias ou mais.

Analizando o perfil das internações sob a perspectiva dos Cuidados Intermediários e fazendo uso das informações constantes da revisão bibliográfica, estabeleceu-se as principais causas de referenciamento ao Cuidado Intermediário, tanto na experiência brasileira quanto na experiência italiana, para aplicar as informações constantes dos relatórios do sistema MedTrak®, e assim estabelecer um padrão entre eles.

O objetivo desta estratégia será verificar o quantitativo de usuários internados no HUCFF no ano de 2018 que seriam potencialmente referenciáveis ao Cuidado Intermediário caso houvesse tal estrutura neste serviço de saúde.

Portanto, através do estudo realizado por Pieri (2016) que apresentou uma tabela com os principais CIDs de internação nos dispositivos de Cuidado Intermediário na RER e das principais causas de internação apontadas na revisão e nos modelos implantados no Brasil, foi possível elaborar a tabela a seguir adaptando-a ao contexto da implantação do Cuidado Intermediário no Brasil e ao perfil das causas de internações observadas no HUCFF, aplicando-as aos CIDs de alta encontrados no sistema de informação.

Tabela 2 - Representação das principais causas de internação dos usuários do HUCFF no ano de 2018 potencialmente referenciáveis à uma estrutura de Cuidados Intermediários

| CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS SEGUNDO CID DA ALTA | CÓDIGO CID-10 | N | % |
|---|--|--------------|------------|
| TOTAL | | 7.682 | 100 |
| Câncer | | | |
| Neoplasias malignas | C00-C97 | 953 | 12,4% |
| Neoplasias in situ | D00-D09 | 11 | 0,1% |
| Diabetes mellitus | E10-E14 | 64 | 0,8% |
| Doenças neurológicas | | | |
| Doença de Parkinson | G20-G21 | 6 | 0,1% |
| Doença de Alzheimer e outras demências | F01-F03, G30-G31 | 22 | 0,3% |
| Esclerose múltipla | G35 | 5 | 0,1% |
| Paralisia cerebral e outras síndromes | G80-G83 | 3 | 0,0% |
| Doenças cerebrovasculares | I60-I69 | 58 | 0,8% |
| Doenças cardiovasculares | | | |
| Doenças Reumáticas crônica do coração | I05-I09 | 27 | 0,4% |
| Doenças hipertensivas | I10-I15 | 60 | 0,8% |
| Doenças isquêmicas do coração | I20-I25 | 161 | 2,1% |
| Doenças infecciosas | | | |
| HIV e SIDA | B20-B24 | 150 | 2,0% |
| Doenças infecciosas de órgãos e sistemas | A41, B25, B44, B47, B95-B96, G00, I30-I33, I40-I41, J12, K90, L08, M60, M86, N11, N30, N39, R65, T85 | 89 | 1,2% |
| Doenças respiratórias | | | |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica | J40-J44 | 34 | 0,4% |
| Asma | J45-J46 | 4 | 0,1% |
| Cirroze hepática | K70, K74 | 98 | 1,3% |
| Doenças musculoesqueléticas | | | |
| Artrite reumatoide | M05-M06 | 11 | 0,1% |
| Artroses | M15-M19 | 9 | 0,1% |
| Doenças Renais | N03-N08, N11, N18-N19, N25, Z49, Z94, Z99 | 284 | 3,7% |
| Causas externas | | | |
| Fratura / trauma | M84, S06, S09, S12, S22, S29, S32, S37, S42, S72, S82 | 103 | 1,3% |

Fonte: Adaptado de Pieri (2016).

Ao analisar esta tabela é possível perceber que as informações se relacionam com a figura 2 da distribuição das principais causas de internação. Do total dos usuários internados

no período de análise, as informações da tabela 2 sugerem que 28% destes usuários seriam potencialmente referenciáveis a uma internação para Cuidados Intermediários.

Neste sentido, observa-se uma limitação nesta análise, pois para uma afirmação concisa do percentual de internações referenciáveis, seria ideal analisar também os dados primários, constantes das observações dos prontuários e/ou realização de entrevistas com os usuários internados, não contemplados neste estudo.

Pereira (2019) retratou o perfil dos usuários internados em uma unidade de Cuidados Intermediários no município de Barra do Piraí (RJ) apontando para 3 principais motivos de referenciamento, sendo as neoplasias, as doenças neurológicas e doenças cardiovasculares, demonstrando relação com o perfil de internação dos usuários do HUCFF. Ainda segundo Pereira (2019), o tempo de internação girou em torno dos primeiros 30 dias por admitir usuários que necessitavam de cuidados paliativos, podendo novamente ser observado no tempo de permanência dos usuários internados no HUCFF, refletindo sobre aquelas internações mais prolongadas, como demonstrado anteriormente.

A média das idades dos usuários internados nas estruturas brasileiras de Cuidado Intermediário são compatíveis quando comparadas com os usuários do HUCFF, tendo sido relatado por Pazin-Filho *et al.* (2015) idades entre os 60 anos para a experiência de implantação do interior de SP e por Pereira (2019) uma média de 66 anos para a estrutura do interior do RJ, enquanto a mediana das idades do HUCFF foi de 57 anos. Já nas estruturas do Cuidado Intermediário da Itália, abordados no estudo de Pieri (2016) a média das idades dos usuários foi de 83 anos.

Observa-se com isto, que esta diferença pode estar relacionada com a conjuntura contextual das características populacionais da Itália assim como o direcionamento da atenção. Quanto ao direcionamento, observou-se que o eixo do Cuidado Intermediário na experiência italiana gira em torno da saúde e ganho de autonomia da pessoa idosa, ao passo que no Brasil a Portaria 2.809 traz critérios mais amplos. No que tange as características populacionais, a diferença na média das idades dos usuários que acessam este tipo de serviço apontam para as questões da transição demográfica reforçando o panorama abordado sobre as projeções futuras relacionadas com o crescente envelhecimento da população, fazendo com que este tipo de cuidado seja cada vez mais necessário e adequado dentro da rede de atenção.

5 DISCUSSÃO

Sob a perspectiva do Cuidado Intermediário, a análise do perfil dos usuários internados no HUCFF traz a reflexão da oportunidade de dispor de leitos para este tipo cuidado. Através das experiências de implantação no Brasil, é possível perceber que a oportunidade gira em torno do serviço de saúde, dos profissionais, dos demais dispositivos da RAS e do centro de toda esta discussão, o usuário.

Assim, à luz do perfil dos usuários analisado neste estudo, observa-se que a experiência italiana, de acordo com o PNS de 2008, dispôs seu foco nos cuidados paliativos, que na ocasião da participação do *workshop* (2018) foi possível conhecer uma de suas estruturas. Instalada no município de Forlìmpopoli na RER, a estrutura de Cuidado Intermediário do *Ospedale di Comunità di Forlìmpopoli* integra os cuidados de reabilitação e paliativo, apontando para a possibilidade de diferentes configurações do Cuidado Intermediário.

Neste sentido, a relação custo-efetividade, de acordo com Pieri (2016), estaria atrelada ao modelo e definição de implantação tornando imprescindível observar os resultados das estruturas operantes combinado com o contexto local para melhor adequação daquilo que se pretende.

Observou-se que os países que implantaram os dispositivos de Cuidado Intermediário, o fizeram de acordo com as necessidades dos usuários e das estruturas existentes (TRITANY, 2019), fazendo refletir sobre a real necessidade de cuidado dos usuários internados no HUCFF, pois segundo Pieri (2016) o foco também pode estar voltado para a integração entre o hospital e as estruturas territoriais, e esta integração pode estar voltada tanto para estruturas sociais quanto de saúde. Para os usuários que necessitem de uma estrutura social e/ou de saúde de apoio, as ações de integração que compõe o Cuidado Intermediário evitariam o prolongamento da permanência deste usuário no hospital em questão.

Na Inglaterra, através do relatório do NHS evidenciou-se que a frequente internação inadequada e permanência por tempo maior que o necessário estava relacionado com os baixos investimentos em ações de prevenção à saúde. Dado o atual contexto da saúde brasileira, observa-se semelhanças contextuais entre as diversas experiências de implantação, já que estas estruturas podem atuar, diante da necessidade de cuidado dos usuários, fazendo uso daquilo que se têm disponível em termos estruturais. Já em relação às internações inadequadas e/ou prolongadas, sob a perspectiva do perfil do tempo de permanência dos usuários internados no HUCFF, questiona-se a possibilidade de esta ser uma realidade dos usuários deste serviço de saúde.

A integração do cuidado também foi debatida no Reino Unido na perspectiva de integrar os cuidados hospitalares com os cuidados da AB (PEREIRA, 2019). Observando os avanços e esforços do sistema de saúde brasileiro e dos objetivos da implantação da RAS (2011) até os dias atuais, é possível reconhecer que muito se tem para avançar sobre este aspecto, e no contexto deste estudo considera-se que o HUCFF enquanto hospital escola, possui ambiente ideal para a inserção de novas práticas do cuidado necessárias à desconstrução do modelo biomédico e hospitalocêntrico por envolver os profissionais ainda em formação e por integrar as áreas sociais e da saúde, oferecendo a possibilidade de práticas que visam a intersectorialidade e longitudinalidade do cuidado..

Das experiências analisadas neste estudo, a experiência de implantação de Campo Grande (MS) contou com um aumento na capacidade de atenção ao Cuidado Intermediário na perspectiva dos profissionais, ao incorporar o Programa de Residência Multiprofissional em sua equipe impactando nos resultados e no nível de satisfação, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Esta observação sugere que envolver os profissionais em formação na dinâmica do Cuidado Intermediário pode trazer avanços almejados em suas práticas mesmo que no futuro atuem em outros setores ou áreas da saúde.

Em relação ao estudo dos impactos dos leitos do Cuidado Intermediário na oferta de leitos do hospital geral, considera-se que no contexto do HUCFF, a disposição de leitos para este tipo de cuidado pode aumentar a rotatividade de seus leitos gerais ao mesmo tempo em que oferece um cuidado adequado aos usuários que não necessitem de maior densidade tecnológica, mas que requerem cuidados apropriados às suas necessidades, com ganhos diferenciados no valor da diária da internação, apontados neste estudo.

A possibilidade da oferta de um cuidado adequado, em si, já seria o ponto de partida essencial para se repensar as práticas em saúde, contudo, ao analisar que apenas 0,5% (39) dos usuários internados no período analisado tiveram sua internação em um tempo superior a 91 dias e que sua máxima excedeu os dias do ano, traz a reflexão sobre exercitar o deslocamento do olhar da internação para contemplar o usuário internado, que apresenta necessidades que transcendem as questões da dinâmica hospitalar.

No que diz respeito aos possíveis impactos para os usuários, este estudo pretende corroborar com a perspectiva do aumento no ganho de funcionalidade dos usuários e na qualidade do cuidado, considerando que os possíveis resultados qualitativos estarão atrelados à gestão do cuidado.

Portanto, pelo perfil epidemiológico e sociodemográfico apresentado neste estudo comparado às experiências observadas, sugere-se a oportunidade de implantação de uma UCP no HUCFF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou para a necessidade de padronizar uma terminologia para o Cuidado Intermediário com a finalidade de propiciar o avanço nas pesquisas sobre este assunto. Encontrou-se dificuldades na obtenção de material de análise uma vez que a terminologia adotada pela Portaria 2.809 configura o Cuidado Intermediário como Cuidado Prolongado e as experiências de implantação à luz da portaria fazem uso da terminologia portuguesa (Cuidado Continuado Integrado).

Desta feita, este fator pode ter configurado uma limitação no estudo uma vez que só foi possível encontrar material de análise ao fazer uso da Portaria nas chaves de busca e por fazer uso de palavras-chave ao invés de descritores, pois há a possibilidade de o projeto piloto do estado do PR ou de outras localidades estarem fazendo uso de outra terminologia ainda desconhecida.

Contudo, observou-se na experiência da construção deste trabalho, a importância da participação dos espaços de debates e pesquisas, representados neste estudo pelo NECIRAS, viabilizando a troca de conhecimento entre profissionais de diversas áreas. Esta interação interprofissional no grupo de pesquisa trouxe a perspectiva da realidade abordada neste estudo, representado pelas equipes multiprofissionais de diversos saberes, que entrelaçados se complementam.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marília Melo. **O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no estado de São Paulo**. 2017. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organização de Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **É preciso envelhecer com saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.413, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html. Acessado em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acessado em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.809, de 07 de março de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento de Práticas da Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica**, n. 7, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D53670.htm. Acesso em: 20 maio 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cep.ufv.br/wp-content/uploads/Reso4662.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

FAGUNDES, Priscilla Fernandes; SCANDOL, Estela Márcia Rondina. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. **Serviço Social e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 181-204, 2018.

FLORES, Glaucia Lima. **Cuidados continuados integrados**: caracterização do atendimento. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados) – Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Hospital São Julião, Campo Grande, 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

LIMA, Walquíria da Cruz Batista; SCANDOLA, Estela Márcia Rondina. Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 1, n. 1, p. 37-47, 2018.

KVAEL, Linda Aimee Hartford *et al.* A concept analysis of patient participation in intermediate care. **Patient education and counseling**, v. 101, n. 8, p. 1337-1350, 2018.

MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. Gestão da urgência e emergência e da atenção hospitalar. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS); LAPPIS/IMS/UERJ; CEPESC/IMS/UERJ. (org.). **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS**: diálogos no cotidiano. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2019. p. 364-384.

MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. **Sem soberania**: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas. 2015. 118 f. Tese (Doutorado) - PPG Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MINAYO, Maria Cecília S.; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PAZIN-FILHO, Antonio *et al.* Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 83-83, 2015.

PEREIRA, Reinaldo Dias. **Análise comparativa do modelo de cuidado intermediário da Itália com os cuidados prolongados no Brasil**. 2019. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PIERI, Giulia. **L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza**. 2016. Tesi (Dottorato di Ricerca In Scienze Mediche Generali e Dei Servizi) – Sanità Pubblica e Medicina del Lavoro, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, 2016.

PINHEIRO, Edivânia Anacleto. **A prática de Cuidados Continuados Integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS**. 2017. Dissertação (Mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2017.

POLISAITIS, Ariane; MALIK, Ana Maria. Cuidados Continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 105-122, 2019.

POLISAITIS, Ariane Eloiza Guilherme. **Cuidados pós-agudos: como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda**. 2018. 76 f. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2018.

ROMERO, Dalia Elena *et al.* Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido? In: CAMARANO, Ana Amélia. **Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

SAMPAIO, Eliza Farias. **Uso de tecnologias leves no atendimento aos clientes e seus acompanhantes em cuidados continuados integrados**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

TRITANY, Érika Fernandes. **Cuidados intermediários e hospitais comunitários: uma revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

UTIDA, Karina Ayumi Martins; BATISTON, Adriane Pires; SOUZA, Laís Alves. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, v. 23, n. 3, p. 107-112, 2016.

VARGAS, Wandriane de. **Qualidade de vida e grau de independência dos pacientes com lesão medular no pós alta em cuidados continuados integrados**. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

VERAS, Renato; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Epidemiologia do envelhecimento. *In*: ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima (org.) **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

ANEXOS

ANEXO A – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS E COMORBIDADES NAS ESTRUTURAS DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO DA RER

Allegato 2 – Algoritmo per l'identificazione della diagnosi principale e delle comorbidità

| Gruppo | Patologia | Enhanced ICD-9-CM |
|--------|--|--|
| 1 | Infarto miocardico | 410.x, 412 |
| 2 | Insufficienza cardiaca congestizia | 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 425.4–425.9, 428.x |
| 3 | Disordini vascolari periferici | 093.0, 473.3, 440.x, 441.x, 443.1–443.9, 447.1, 557.1, 557.9, V43.4 |
| 4 | Malattia cerebrovascolare | 362.34, 430-431, 432.0, 432.1, 432.9, 433.0-433.3, 433.8-433.9, 434.0-434.1, 434.90, 434.91, 435.0-435.3, 435.8, 435.9, 436, 437.0-437.9, 438.0, 438.10, 438.11, 438.12, 438.19, 438.20-438.22, 438.30-438.32, 438.40, 438.41, 438.42, 438.50-438.53, 438.6, 438.7, 438.81-438.85, 438.89, 438.9 |
| 5 | Iperensione non complicata | 401.x |
| 6 | Iperensione complicata | 402.x–405.x |
| 7 | Demenza | 290.x, 294.1, 331.1 |
| 8 | Malattia polmonare cronica | 416.8, 416.9, 490.x–505.x, 506.4, 508.1, 508.8 |
| 9 | Malattia reumatica | 446.5, 710.0, 710.1, 710.2, 710.3, 710.4, 714.0, 714.1, 714.2, 714.81, 714.89, 725 |
| 10 | Ulcera peptica | 531.x, 532.x, 533.x, 534.x |
| 11 | Malattia lieve del fegato | 070.22, 070.23, 070.32, 070.33, 070.44, 070.54, 070.6, 070.9, 456.0–456.2, 570.x, 571.x, 572.2–572.8, 573.3, 573.4, 573.8, 573.9, V42.7 |
| 12 | Malattia moderata o severa del fegato | 456.0, 456.1, 456.20, 456.21, 572.2, 572.3, 572.4, 572.8 |
| 13 | Diabete non complicato | 250.0–250.3 |
| 14 | Diabete complicato | 250.4–250.9 |
| 15 | Paralisi | 334.1, 342.x, 343.x, 344.0–344.6, 344.9 |
| 16 | Altri disordini neurologici | 331.9, 332.0, 332.1, 333.4, 333.5, 333.92, 334.x–335.x, 336.2, 340.x, 341.x, 345.x, 348.1, 348.3, 780.3, 784.362 |
| 17 | Malattia renale | 403.01, 403.11, 403.91, 404.02, 404.03, 404.12, 404.13, 404.92, 404.93, 585.x, 586.x, 588.0, V42.0, V45.1, V56.x |
| 18 | Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasia della pelle | 140.x-165.x, 170.x-172.x, 174.0-176.x, 179, 180.x-208.x, 238.6 |
| 19 | Tumori solidi metastatici | 196.x–199.x |
| 20 | HIV e AIDS | 042.x |
| 21 | Schizofrenia e disturbi psicotici | 295.x, 297.x-299.x |

| | | |
|----|--|--|
| 22 | Disturbo bipolare | 296.0-296.1, 296.4-296.8 |
| 23 | Depressione | 296.2, 296.3, 296.5, 300.4, 309.x, 311 |
| 24 | Distimia | 300.4 |
| 25 | Ansia, disturbi dissociativi e somatoformi | 300.0-300.3, 300.5-306.9, 307.4, 308.x, 316 |
| 26 | Disturbi della personalità | 301.x, 302.4, 302.6-302.9 |
| 27 | Disturbi mentali indotti da sostanze | 291.x-292.x, 303.x-305.x |
| 28 | Ritardo mentale | 317-319 |
| 29 | Altri disordini mentali | 302.0-302.3, 302.5, 306.x-307.x, 309.2-309.4, 309.8-309.9, 312.x-315.x |
| 30 | Fratture/traumi | 733.14, 733.15, 808.x, 810.x, 811.x, 812.0-812.1, 820.x, 821.x, 805.00, 805.4, 823.22, 852.00, 867.6, 959.01, 959.11 |
| 31 | Malattie infettive di organi e apparati | 038.x-041.x, 320-326, 420-422, 480-487, 518.6, 590, 595, 599.0, 730, 995.9, 996.6 |
| 32 | Malnutrizione/deperimento | 276.0, 276.1, 797, 7994 |
| 33 | Insufficienza respiratoria | 415.19, 511.8, |

Fonte: Pieri (2016)

ANEXO B – PORTARIA 2.809 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012

Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios do SUS, dentre eles o da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de dezembro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centros de Atendimento de Urgência aos Usuários com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de desenvolver uma estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção da RAS para o usuário com necessidade de cuidados hospitalares prolongados; e

Considerando que a continuidade dos cuidados deve estar inserida no processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência à saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 3º As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

Art. 4º Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Art. 5º Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Parágrafo único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

Art. 6º São diretrizes dos Cuidados Prolongados:

I - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas;

II - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno;

III - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar;

IV - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário;

V - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;

VI - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III desta Portaria;

VII - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;

VIII - corresponsabilização da família no cuidado;

IX - intersetorialidade; e

X - acessibilidade.

Art. 7º Os Cuidados Prolongados têm como finalidade:

I - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio-demográficas e epidemiológicas da população;

II - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário;

III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas;

IV - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente;

V - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado;

VI - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio;

VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos;

VIII - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia;

IX - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social;

X - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território;

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI);

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 8º Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado.

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos.

Art. 9º As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional.

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo I desta Portaria.

§ 2º Para os fins desta Portaria, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos.

Seção I

Da Equipe Multidisciplinar

Art. 10. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais:

I - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

II - enfermeiro: sessenta horas semanais;

III - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

IV - assistente social: vinte horas semanais;

V - fisioterapeuta: sessenta horas semanais;

VI - psicólogo: vinte horas semanais; e

VII - fonoaudiólogo: trinta horas semanais.

Parágrafo único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Art. 11. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais:

I - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

II - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

III - enfermeiro: oitenta horas semanais;

IV - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana;

V - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

VI - assistente social: quarenta horas semanais;

VII - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais;

VIII - psicólogo: quarenta horas semanais;

IX - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e

X - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais.

Parágrafo único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Art. 12. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado.

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana.

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão.

Art. 13. São atribuições da equipe multidisciplinar:

I - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes:

a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;

b) do Leito de Retaguarda;

c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou

e) do Serviço de Atenção Domiciliar;

II - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS;

III - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total;

IV - utilização de prontuário clínico unificado;

V - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários;

VI - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno;

VII - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio;

VIII - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio;

IX - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e

X - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde.

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos:

I - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções;

II - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que:

a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados;

III - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços;

IV - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família.

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar.

Seção II

Da Regulação do Acesso

Art. 14. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de:

I - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas;

II - unidades ambulatoriais de reabilitação; e

III - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade

para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado.

Art. 15. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo:

I - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no artigo anterior à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar;

II - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário;

III - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e

IV - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário.

Seção III

Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde

Art. 16. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;

II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico- funcional;

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação;

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

Art. 17. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários:

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.

CAPÍTULO III DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

Art. 18. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social.

Parágrafo único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário.

Art. 19. São objetivos da alta hospitalar responsável:

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário;

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado;

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares;

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar.

CAPÍTULO IV DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS

Art. 20. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte

forma:

- a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e
- b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP.

§ 2º Para os fins do disposto no parágrafo anterior, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP.

CAPÍTULO V DO FINANCIAMENTO

Seção I

Do Incentivo Financeiro de Investimento

Art. 21. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação e adequação tecnológica de UCP, no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo II desta Portaria.

Art. 22. O incentivo financeiro de investimento será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos:

- I - caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica;
- II - especificação do número de UCP e HCP e respectivas equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem;
- III - descrição da infraestrutura, dos equipamentos e do mobiliário da UCP e HCP a ser implantado;
- IV - organização do processo de trabalho das equipes;
- V - definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- VI - proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP a ser implantado, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;
- VII - descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP ou HCP a ser implantado; e
- VIII - descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Cuidados Prolongados.

Art. 23. O incentivo de investimento de que trata o art. 21 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário.

Art. 24. A transformação de uma unidade de saúde já existente em HCP, mediante ampliação da estrutura física, poderá ser financiada via convênio firmado com o Ministério da Saúde, observadas as Normas de

Cooperação Técnicas e Financeiras do Fundo Nacional de Saúde e desde que previsto no Plano de Ação Regional da RUE.

Parágrafo único. Os recursos financeiros para ampliação de um estabelecimento hospitalar já existente em HCP deverá ser destinado a mudanças na ambiência e adequação tecnológica com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os critérios estabelecidos nesta Portaria.

Seção II

Dos Incentivos Financeiros de Custeio

Art. 25. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma destinado às UCP.

Art. 26. O incentivo de custeio para reforma será destinado a unidades de saúde já existentes para qualificação como UCP, no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo II desta Portaria.

Art. 27. O incentivo financeiro de custeio para reforma será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos:

I - caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica;

II - especificação do número de UCP e equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem;

III - descrição da infraestrutura da UCP a ser implantada;

IV - organização do processo de trabalho das equipes;

V - definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

VI - proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP a ser implantada, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;

VII - descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP a ser implantada; e

VIII - descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Serviços em Cuidados Prolongados.

Art. 28. O incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 25 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário.

Art. 29. A cumulação dos incentivos financeiros de investimento e de custeio para reforma não poderá ultrapassar o montante total de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Art. 30. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal destinado às UCP e/ou HCP habilitados, com redução progressiva do valor das diárias, conforme estabelecido abaixo:

I - diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito de UCP e HCP, até o 60º dia de internação;

II - diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) por leito de UCP e HCP, a partir do 61º dia de internação; e

III - valor atual da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir do 91º dia de internação.

Art. 31. Para habilitação de UCP, o estabelecimento hospitalar deverá:

I - possuir, no mínimo, cinquenta leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada: a) serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

b) assistência nutricional;

c) assistência farmacêutica;

d) assistência odontológica; e

e) terapia ocupacional; e

II - garantir acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários.

Art. 32. Para habilitação de HCP, o estabelecimento hospitalar deverá:

I - estar cadastrado no SCNES;

II - possuir, no mínimo, quarenta leitos com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada:

a) serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

b) assistência nutricional;

c) assistência farmacêutica; e

d) assistência odontológica;

III - garantir o acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários; e

IV - possuir ambiência e estrutura física que atendam as normas estabelecidas pela ANVISA e as especificações descritas no Anexo II desta Portaria.

Art. 33. Para solicitação de habilitação de UCP e HCP, o gestor de saúde interessado deverá encaminhar à CGHOSP/DAE/SAS/MS os seguintes documentos:

I - ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP, com aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

II - atualização do cadastro no SCNES com a criação ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP a ser habilitado; e

III - projeto de implantação da UCP ou HCP, conforme requisitos contidos no art. 22.

Art. 34. Após análise e aprovação do projeto pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará Portaria específica de habilitação da UCP ou HCP.

CAPÍTULO VI DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 35. Após recebimento do incentivo financeiro de investimento de que trata o art. 21, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de ampliação e/ou construção da estrutura física e adequação tecnológica no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

Art. 36. Após recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata o art. 25, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de reforma no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

Art. 37. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos:

- I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito nesta Portaria;
- III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;
- IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho;
- V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município;
- VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais;
- VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores;
- IX - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local;
- X - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e
- XI - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos.

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por:

- I - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos nesta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e
- II - enviar à CGHOSP/DAE/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento.

§ 2º O monitoramento a que se refere o parágrafo anterior será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto nesta Portaria.

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma:

I - visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias;

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e

III - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quantitativos.

Art. 38. O repasse do incentivo financeiro de custeio será imediatamente interrompido quando:

I - não realizado o monitoramento no prazo definido no § 2º do art. 37;

II - não enviado à CGHOSP/DAE/SAS/MS o relatório de que trata o inciso II do § 1º do art. 37; ou

III - constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de UCP ou HCP, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos nesta Portaria, caso em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações:

I - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e

II - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Art. 40. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE.

Parágrafo único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

Art. 41. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação desta Portaria, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços.

Art. 42. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços.

Art. 43. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade;

II - 10.302.2015.8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar; e

III - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde.

Art. 44. O parágrafo único do art. 1º; o inciso II do art 3º; e o "caput" e o § 1º do art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritários de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria." (NR)

"Art. 3º

II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e" (NR)

"Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva.

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002." (NR)

Art. 45. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"Art. 11.

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico." (NR)

Art. 46. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 47. Fica revogada a Seção II - Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência da [Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 197, Seção 1, do dia 13 seguinte, p. 79.](#)

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO C – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO

**Ministério da Saúde****Gabinete do Ministro****PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017***Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.***ANEXO III****Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)**

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 1º)

LIVRO II**DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS****(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO II)****TÍTULO XI****DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Art. 149. Este Título estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 1º)

Art. 150. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º)

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, I)

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, II)

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE****(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO I)**

Art. 151. As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 3º)

Art. 152. Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 4º)

Art. 153. Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 154. São diretrizes dos Cuidados Prolongados: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º)

I - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, I)

II - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, II)

III - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, III)

IV - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IV)

V - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, V)

VI - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VI)

VII - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VII)

VIII - corresponsabilização da família no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VIII)

IX - intersetorialidade; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IX)

X - acessibilidade. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, X)

Art. 155. Os Cuidados Prolongados têm como finalidade: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º)

I - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio-demográficas e epidemiológicas da população; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, I)

II - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, II)

III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, III)

IV - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IV)

V - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, V)

VI - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VI)

VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VII)

VIII - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VIII)

IX - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IX)

X - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, X)

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XI)

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XII)

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XIII)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II)

Art. 156. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º)

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, I)

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, II)

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 157. As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º)

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo 22 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins deste Título, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 2º)

Seção I

Da Equipe Multidisciplinar

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 158. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10)

I - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, I)

II - enfermeiro: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, II)

III - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, III)

IV - assistente social: vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, IV)

V - fisioterapeuta: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, V)

VI - psicólogo: vinte horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VI)

VII - fonoaudiólogo: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VII)

Parágrafo Único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 159. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11)

I - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, I)

II - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, II)

III - enfermeiro: oitenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, III)

IV - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IV)

V - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, V)

VI - assistente social: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VI)

VII - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VII)

VIII - psicólogo: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VIII)

IX - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IX)

X - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, X)

Parágrafo Único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 160. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12)

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 1º)

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 2º)

Art. 161. São atribuições da equipe multidisciplinar: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13)

I - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I)

a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, a)

b) do Leito de Retaguarda; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, b)

c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, c)

d) do Serviço de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, d)

II - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, II)

III - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, III)

IV - utilização de prontuário clínico unificado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IV)

V - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, V)

VI - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VI)

VII - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VII)

VIII - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VIII)

IX - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IX)

X - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, X)

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º)

I - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, I)

II - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II)
a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, a)

b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, b)

c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, c)

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, d)

III - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, III)

IV - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, IV)

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 2º)

Seção II

Da Regulação do Acesso

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 162. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14)

I - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, I)

II - unidades ambulatoriais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, II)

III - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, III)

Art. 163. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15)

I - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no art. 162 à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, I)

II - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, II)

III - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, III)

IV - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, IV)

Seção III

Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 164. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16)

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, I)

II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, II)

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, III)

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º)

I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, I)

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, II)

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, III)

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IV)

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, V)

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VI)

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VII)

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VIII)

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IX)

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, X)

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 165. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17)

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, I)

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, II)

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, III)

CAPÍTULO III

DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO III)

Art. 166. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18)

Parágrafo Único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 167. São objetivos da alta hospitalar responsável: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19)

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, I)

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, II)

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, III)

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, IV)

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, V)

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VI)

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VII)

CAPÍTULO IV

DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20)

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, I)

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte

forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II)
a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, a)

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, b)

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 168, § 1º, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 2º)

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 169. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37)

I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, I)

II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito neste Título; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IV)

V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, V)

VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VI)

VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VII)

VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VIII)

IX - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IX)

X - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, X)

XI - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, XI)

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º)

I - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos neste Título e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, I)

II - enviar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, II)

§ 2º O monitoramento a que se refere o art. 169, § 1º será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 2º)

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º)

I - visitas in loco pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, II)

III - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quantitativos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, III)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 170. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39)

I - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, I)

II - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, II)

Art. 171. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40)

Parágrafo Único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 172. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação da Portaria nº 2809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 41)

Art. 173. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 42)

Art. 174. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 45)